This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Med 5815.3,2

Bound

AUG 2 1 1906

Harvard College Library

FROM

The Author

Saluti aegrorum.

Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat.

Eine sozial-statistische Untersuchung

von

Alfred von Lindheim
Landtags-Abgeordneter.

Zweite Auflage.

Leipzig und Wien.
Franz Deuticke.
1905.

Med 5815.3.2
~~F 6504~~
1221-29

The Author.

Alle Rechte, namentlich das Übersetzungsrecht vorbehalten.

Verlags-Nr. 1065.

K. u. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme, Wien.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Einleitung 1

Kapitel I. Umfang der Krankenfürsorge und Krankenpflege in Österreich und Deutschland im Vergleich mit anderen Kulturländern 24

A. Österreich: Statistik, Anstalten, Betten, Wartepersonal, gesetzliche Regelung der Spitalbauten, Krankenkassen, Arbeiterversicherung; *B.* Deutschland: Statistik der Betten und Pflegepersonen, Ministerialstatistik, Dr. Dietrichs Übersicht der Krankenpflegepersonen, Heilstätten für Lungenkranke, Ergebnisse der Heilstättenbehandlung, Dauer der Kurerfolge, Rückgang der Tuberkulose; *C.* England: Übersicht der Anstalten und Betten; *D.* Italien: Zahl der Spitäler, der Betten, der Ärzte, der Krankenwärter, Krankentaxe; *E.* Rumänien; *F.* Weitere Vergleiche: Betten, Pflegepersonen, Ärzte, Kurpfuscher, Kosten der Spitalbauten.

Kapitel II. Sterblichkeits- und Erkrankungsverhältnisse in der Krankenpflege . . . 86

Einleitung: 1. Umfang des Materials; 2. Mortalitätsschema; 3. Gruppierung der Todesursachen bei Ärzten und Krankenpflegern; 4. Schwierigkeit des Vergleiches mit anderen Statistiken; 5. Art der Berechnungen; 6. Sterblichkeit und Todesursachen von Ärzten und Krankenpflegerinnen nach Angabe anderer Autoren; *A.* Mortalität der österreichischen und bosnischen Zivilärzte, sowie der Militär- und Marineärzte: Anzahl der praktizierenden Ärzte; Altersverteilung der Lebenden sowie der Verstorbenen; Durchschnittsalter der verstorbenen Ärzte; Sterbeziffern nach Ländern und Altersklassen; Todesursachen; Vergleich zwischen Stadt und Land; Vergleich mit anderen Berufen; Todesursachen und Altersklassen; Zur Mortalität der Ärzte; Zur Morbidität der Ärzte; Mortalität der Ärzte in der k. u. k. österreichischen Armee und in der k. u. k. Marine; *B.* Mortalität und Morbidität der Krankenpfleger und -pflegerinnen in Österreich und Deutschland: Die Barmherzigen Brüder in Österreich und Deutschland; Die katholischen Barmherzigen Schwestern in Österreich und Deutschland; Die evangelischen Diakonissinnen, Roten Kreuzschwestern und die übrigen weltlichen Krankenwärterinnen; Morbidität und Mortalität in den Lungenheilstätten; Die Pestfälle in Wien 1898; Der Pestfall in Berlin 1903; Typhusinfektion im Spital in Graz; *C.* Mortalität und Morbidität in der Krankenpflege Englands; *D.* Mortalität der evangelischen Diakonissinnen in Skandinavien; Hauptergebnisse aus der Statistik des Kapitels II.

Kapitel III. Die Gefahrlosigkeit der Kurorte und Lungenheilstätten in bezug auf die Infektion der Bevölkerung 230

Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in den Kurorten I. Österreichs: Kierling, Ischl, Luhaschowitz, Lussin piccolo, Obermais, Görz, Gleichen-

Seite

berg, Rosenau, Arco, Meran, Gries, Abbazia; II. Deutschlands: Reichenhall, Reiners, Görbersdorf, Ems, Soden; III. Riviera: Bordighera, San Remo, Nizza, Ospedaletti, Nervi, Mentone; IV. Schweiz: Lausanne, Davos; Verbreitung der Tuberkulose in Graubünden; Ergebnisse der Statistik im Kapitel III.

Kapitel IV. Die Reform der Krankenpflege in den Kulturstaaten 264

Organisation des Pflegedienstes in England: Aufnahme und Erziehung; Organisation des Dienstes; Besoldung; Unterkunft und Verpflegung; Kranken- und Altersversorgung; Pflegerinnenanstalten; Sittlichkeit und Moralität; Das englische System auf dem Kontinent (Rudolfinerhaus in Wien); Reformvorschläge im Pflegewesen: *A.* Katholische Barmherzige Schwestern; *B.* Die weibliche Diakonie der evangelischen Kirche; *C.* Das Rote Kreuz und die sonstigen interkonfessionellen humanitären Verbindungen; *D.* Die weltliche freie Krankenpflege; Beilagen hierzu: Unterrichtskurse, Zentralkrankenpflegenachweis für Berlin und Umgebung; Satzungen des Nachweises; Betriebsordnung des Nachweises; Normalpflegetarif; Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals; Übersicht der Reformvorschläge im Kapitel IV.

Schlußbetrachtungen 322

Resumé der Gesamtergebnisse 330

Literatur 333

V. 3504

Saluti aegrorum.

Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat.

Eine sozial-statistische Untersuchung

von

Alfred von Lindheim
Landtags-Abgeordneter.

Zweite Auflage.

Leipzig und Wien.
Franz Deuticke.
1905.

Verlags-Nr. 1065.

Einleitung.

Kein Geringerer, als Dr. E. v. Leyden hat das gewichtige Wort ausgesprochen, daß die Krankenpflege in ihrer Bedeutung nunmehr allgemein anerkannt sei, und daß sie sich besonders durch die Entwicklung der letzten Jahre mehr und mehr zu einem unentbehrlichen, selbständigen Spezialfache der wissenschaftlichen Medizin erhoben habe.

Sie ist mithin, wie Dr. Dietrich in seiner vorzüglichen „geschichtlichen Entwicklung der Krankenpflege" ausspricht, als eine der inneren Medizin, Chirurgie und Hygiene ebenbürtige Disziplin der Medizin zu betrachten und was die große Bedeutung dieser Tatsache ganz besonders bezeichnet, ist der Umstand, daß die Krankenpflege alle Kulturvölker in den Bestrebungen des Roten Kreuzes im 19. Jahrhundert zusammengeführt hat; es bedeutet dies, wie der Historiker richtig bemerkt, ohne Zweifel einen hohen Punkt in der Kulturentwicklung des Menschen, der bis heute noch nicht erreicht worden ist. Es vereinen sich wenigstens auf einem Gebiete die Nationen in dem Gedanken der selbstlosen Menschenliebe und dem Zeichen der Barmherzigkeit.

Dem war nicht immer so. In jenen Zeiten des Altertums, die man mit Recht die klassischen nennt, in der Zeit der Griechen und Römer, ward der Krankenpflege eine geringe Beachtung geschenkt. Namentlich bei den Römern hatte ja nur der Starke, der Gesunde eine Berechtigung zum Leben und zum Genießen, und nur dort, wo die Sorge für die Gesundheit des Sklaven oder des Soldaten mit dem egoistischen Wunsche nach Erhaltung billiger und starker Hilfskräfte zusammenfiel, sorgte man wohl dafür, daß die leidenden Personen dieser Klasse gepflegt und geheilt wurden. Im übrigen aber, wie der große Philosoph Seneca bemerkt, gaben die meisten Menschen dem Bettler das Almosen mit Widerwillen und mit sorgfältiger Vermeidung jeder Berührung. „Wozu," sagt Plautus, „einem Bettler etwas geben; man verliert, was man gibt und verlängert dem Armen nur sein elendes Leben." Die stoische Philosophie kam dem Reichen zu Hilfe (Dr. Hermann Zschokke) mit dem Gedanken, daß alles menschliche Elend, Not und Armut keine wirklichen

Übel seien, und daß daher der Weise vor dem Affekt eines wirklichen Mitleides sich sorgfältig hüten solle. Auch Virgil zählt zu den schönen Vorzügen eines Weisen, daß er nie mit einem Notleidenden Erbarmen fühle. Kein Reicher in Rom dachte an allgemeine, für Arme zu errichtende Hospize und Spitäler. Wir stehen bewundernd vor den großen Geistern, die das alte Rom auf so vielen Gebieten der Menschheit geschenkt hat. Noch heute beherrscht die Gesetzgebung Roms unsere Wissenschaft und die Verwaltung der modernen europäischen Staaten.

Wir sehen Gebilde der Kunst, die unseren Künstlern unerreichbar sind; unsere Malerei, Architektur, Dichtkunst und Sprachwissenschaft haben tausend Berührungspunkte mit den alten klassischen Zeiten. Rom hatte Helden ohnegleichen, Staatsmänner und Gesetzgeber voll des höchsten Verdienstes, es hatte Frauen voll edler und stolzer Gesinnung, und doch fehlt überall ein Ton im Register dieser edlen und erhabenen Eigenschaften; der Grundton der Barmherzigkeit. Es ist so, als wenn in diesen stolzen Herzen dafür gar keine Empfindung vorhanden gewesen wäre. Das Gefühl der Macht, die Begeisterung für den Übermächtigen, den der Philosoph Nietzsche als den Übermenschen bezeichnete, dieses Gefühl war dem Römer eigen und ist es einer großen Anzahl der heidnischen Völker heute noch.

So kam es, daß selbst in der Zeit der vier Imperatoren, die das Zeitalter des Cäsarenwahnsinnes darstellen, es sich ereignen konnte, daß gleichzeitig mit einer gewissen Blüte der Legislatur, der Ausbildung der Rechtsbegriffe, wahnsinnige Tyrannen das alte Rom ungehindert beherrschen durften. Es konnte geschehen, daß ein Caligula sein Lieblingspferd zum ersten Beamten des Staates ernannte, daß ein anderer wahnsinniger Imperator Nero einen Sänger heiratete, und daß gleichzeitig große Gelehrte und Philosophen sich um den Thron dieser wahnsinnigen Cäsaren scharten, an ihren Gastmählern teilnahmen und sie in Lobgesängen verherrlichten.

Es ist ein unbestreitbares Verdienst des Christentums, die Lehre verkündet zu haben, daß man seinen Nächsten lieben solle, wie sich selbst. In diesen wenigen Worten, in diesem unsterblichen Grundsatz der Barmherzigkeit liegt die Aufforderung an die gesamte Menschheit, jedem Unglücklichen nach Kräften beizustehen. Die Menschen, ob reich ob arm, ob schuldig oder unschuldig, ob glücklich oder unglücklich, ob stark oder schwach, werden als solidarisch erklärt und sie haben es als ihre höchste Aufgabe zu betrachten, sich gegenseitig beizustehen und nach Kräften ihre Lage zu verbessern. In dem Augenblicke, wo das heidnische Rom zugrunde ging, ward es ein kirchliches Gesetz, daß nach Tunlichkeit für den Kranken und Leidenden gesorgt werden müsse. Was allerdings diese Pflege des Leidenden in den letzten 1800 Jahren für Wandlungen durchgemacht, das ist wohl Aufgabe der Spezialgeschichtsschreibung. Vielfach und groß sind die Schwankungen, welchen die Krankenfürsorge unterworfen gewesen ist, auch die Krankenfürsorge hat sich dem Einfluß jener historischen Ereignisse, welche die ganze Welt bewegten, nicht entziehen können. Die ganz außerordentlich verheerenden Krankheiten, wie beispielsweise der schwarze

Tod und die Pest, die Jahrhunderte lang andauernden Kriege, allen voran die Kreuzzüge und die Kriege der Reformationszeit, die furchtbaren Umwälzungen, welche soziale und religiöse Bewegungen mit sich im Gefolge hatten, konnten nicht ohne die nachhaltigsten Einwirkungen auf die Ausbildung der Krankenpflege bleiben; namentlich im Mittelalter gibt es eine Reihe von Perioden, welche uns den traurigsten Eindruck hinterlassen, der nicht dazu angetan ist, mit Begeisterung dieser oft gepriesenen Zeiten zu gedenken. Es geht uns hier ähnlich wie mit dem alten Rom; es mutet uns doch so vieles aus dem Mittelalter an: die Ritterlichkeit der Gesinnungen und der Minnedienst, die Konzentration des Bürgertums, die Bildung der Hansa; auf uns blicken herab eine Reihe herrlicher Kirchen und Dome; die Bilder, die ein Rafael, ein Tizian, die Werke, die ein Michel Angelo geschaffen, begeistern uns auch heute noch; und doch neben allen diesen stolzen Erinnerungen wie traurig war es beschaffen mit der gesundheitlichen Verfassung der großen Städte, wie vernachlässigt finden wir die Gesetze der Hygiene, wie kümmerlich ist für den Ackerbau und jene Gewerbe gesorgt, welche der Approvisionierung dienen, wie gering sind die Fortschritte auf dem Gebiete der Medizin, wie sehr wenig nimmt man sich der durch den Heiland so sehr empfohlenen Pflege des Kranken und Elenden an. Das ganze Mittelalter und die Zeit darüber hinaus bis an die Schwelle des 18. Jahrhunderts wird von den traurigsten hygienischen Verhältnissen beherrscht, namentlich die Entwicklung der großen Städte. Wohl hatte das Christentum eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt, wodurch Sittlichkeit und Moral gehoben, das Verhältnis der Eltern zu den Kindern verbessert, Fruchtabtreibung, Ermordung der neugeborenen Kinder verpönt, bessere Behandlung der dienenden Personen, Ausübung der Nächstenliebe gefordert wurden; aber es zeigt sich eben, daß nur dann bessere allgemeine soziale Zustände herbeigeführt werden können, wenn neben der Geltendmachung moralischer Grundsätze auch die Wissenschaft gefördert und ihre Forschungen in den Dienst der Menschlichkeit gestellt werden können. Dies aber war in dem größten Teil des Mittelalters nicht der Fall und es muß konstatiert werden, daß gewisse Ergebnisse, welche von der Arzneikunde früherer Perioden hervorgebracht waren, sogar in den späteren Zeiten ganz verloren gegangen sind. Die großen Seuchen des Mittelalters fanden die Gemeinden vollkommen unvorbereitet, und Professor Harald Westergaard erwähnt in seinen Abhandlungen über die ehemalige und jetzige Sterblichkeit mit Recht, daß die hygienischen Verhältnisse Europas sich zu jener Zeit überaus traurig anließen. Die Kunst des Pflasters stand in den Städten sehr niedrig und die Straßen waren schlecht nivelliert, das Trinkwasser fast durchwegs erbärmlich. Innerhalb der Stadt wurden Kühe und Schweine gehalten, die Leichen in den Kirchen begraben, von wo aus sich die schlechtesten Gerüche verbreiteten. Die Straßen waren eng und dunkel, die schlecht gebauten Häuser mit vertretenen Kellertreppen versehen, Luft und Licht waren abgesperrt und dort, wo Kranke mit epidemischen Leiden vorhanden waren, wurden die Haustüren von außen vernagelt, den Be-

wohnern wurden nur durch einzelne Öffnungen Speisen und Getränke gereicht und die grauenhaftesten Schreckensszenen durch einen solchen Zustand hervorgerufen. Die Spitäler dieser Zeit waren auf das erbärmlichste eingerichtet und noch zu Beginn des 18. Jahrhunderts finden wir Krankenanstalten, in welchen zwei, auch vier Kranke mit den verschiedensten Leiden behaftet in einem Bette lagen, und wo die Kranken ihre Notdurft im Krankensaale verrichteten. Die Sterblichkeit in diesen Häusern war selbstverständlich eine ungewöhnliche. Das Charakteristische aber war der vollständige Stillstand in den Fortschritten der Heilkunst.

Man kann sich kaum einen Begriff machen, welche Leiden die Bevölkerung in diesen düsteren Zeiten ertrug. Wir sehen mit Schrecken die Abbildungen damals erschienener Bücher, wie z. B. eine „Schenkelstreckung" mittels einer künstlichen Maschine, ohne jede ärztliche Voraussicht und Überwachung, aber unter den grenzenlosesten Schmerzen vor sich ging. In dem lehrreichen Buche der „Chirurgia von Hieronymus Brunschwig 1497" sieht man, wie ein Arzt eine Schußwunde für vergiftet hält und sie mit heißem Öl ausbrennt. Gegen diese barbarische Behandlung trat (Hermann Peters, „Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit") der aus dem Barbierstande hervorgegangene Chirurg Ambroise Paré in seiner französisch geschriebenen Schrift „Methode durch Feuerwaffen verursachte Wunden zu behandeln" auf. Diesem französischen Chirurgen fehlte im Kriege zufällig das heiße Öl und da bemerkte er, daß Schußwunden ohne solches viel besser und schmerzloser heilten als mit diesem. In demselben Buche befinden sich Darstellungen der Trepanation, wo man sieht, wie eine Stahlschraube in den Schädel eines armen Kranken ohne irgend welches Betäubungsmittel hineingetrieben wird, eine Operation, die wahrscheinlich unter den grenzenlosesten Schmerzen mit dem sicheren Tode des Patienten endete.

Über die Augenheilkunde schrieb der rein handwerksmäßige, ungebildete Heil- und Wundarzt Bartitsch 1583 ein Buch, in dessen Vorrede er die Behörde zur Vorsicht ermahnt und sagt: „Es mangelt auch nicht an alten Weibern, losen Vetteln, Theriaksleuten, Zahnbrechern, verdorbenen Krämern, Spitzbuben, Kesselflickern, Säuschneidern und Bütteln und anderem leichtfertigen und verwegenen Gesindel, das sich alles dieser edlen Kur untersteht, derer etliche doch nicht wenig mit stattlichen Kleidungen, köstlichem Golde und Silber, viel Knechten und Pferden, übermäßiger Pracht, großem Geschrei und Alfanzerei hin und wieder sich sehen und hören lassen. Dadurch nicht allein viel gute Leute schändlich betrogen und herumgeführt, sondern auch über die Massen geschatzt und dazu endlich verderbet und gesterbet werden." Er schließt mit den Versen: „Ein blinder Mann, ein armer Mann, ob er gleich schön ist angetan."

Wenn man aber nach den Bildern schließen darf, auf welche Weise er selbst die Staaroperationen vollzog und wie unvollkommen die Instrumente waren, deren er sich bediente, so muß man wohl befürchten, daß er selbst eine große Anzahl von Patienten des kostbaren Augenlichtes beraubte. Wenn wir sehen, wie die Amputation von Beinen und Armen ohne jedes

Betäubungsmittel, mit einer bloßen Säge mangelhaftester Qualität vollzogen wurde, so kann man sich nach heutigen Begriffen kaum vorstellen, daß ein armer Kranker sich bereit finden konnte, diese grauenvolle Operation an sich vollziehen zu lassen. Dabei muß erwähnt werden, daß, wenn z. B. bei Ambroise Paré sich bereits eine gewisse Neigung vorfand, bei der Wundbehandlung antiseptische Stoffe in Anwendung zu bringen, doch auch der wissenschaftliche Stand der Chemie damals noch ein so tiefer war, daß in den betreffenden Salben oft geradezu fäulnisbegünstigende Stoffe sich vorfanden.

Man kann wohl mit Recht annehmen, daß erst in der Mitte des 18. Jahrhunderts geordnetere Zustände an den medizinischen Fakultäten Deutschlands eintraten, mithin erst von da ab die wissenschaftliche Forschung den Boden und die Unterstützung fand, sich gedeihlich fort zu entwickeln.

Um diese Zeit wurden in Heidelberg und Wien und dann auch an anderen deutschen Universitäten die Studierenden, denen inzwischen auch die Ablegung einer Schlußprüfung an den Gymnasien auferlegt worden war, in klinischen Anstalten unterrichtet, um die Krankenheilkunde aus eigener Anschauung kennen zu lernen; damit war von selbst die Verbesserung der Krankenhäuser angeregt. In der Petersschen Monographie wird erwähnt, daß dadurch überhaupt erst das nötige Leichenmaterial zum Studium herbeigeschafft werden konnte. Bis dahin waren die Leichen meist durch Gräberschändung und -Diebstahl erlangt worden, während man früher die Körper Gerichteter der Anatomie zuwies oder auch nach einigen Landesgesetzen die Leichen unehelicher Kinder, gemeiner Soldaten, armer in Hospitälern Verstorbener zu Anatomiestudien ablieferte.

Auf diese Weise erst war es möglich, das bisher vernachlässigte Studium der Anatomie wieder gründlich zu beleben. Von jener Zeit an, namentlich aber in dem darauf folgenden 19. Jahrhundert und ganz besonders in seiner zweiten Hälfte hat die Wissenschaft der Medizin ungeheure Fortschritte gemacht und so nach und nach jenen Zustand herbeigeführt, den wir eingangs dieser Arbeit als den denkwürdigsten in der Geschichte der Krankenpflege bezeichneten.

Zunächst ist es die Chirurgie, welche die größten Fortschritte machte und die Welt mit ihren Erfolgen derart überraschte, daß man sie als den einzigen fortschreitenden Zweig der Medizin ansah. Diese Erfolge wären aber nicht möglich gewesen ohne die eingehende Kenntnis von dem Baue des menschlichen Körpers, welche die anatomische Forschung den anderen Disziplinen der Medizin vermittelt. Die Anatomie ist die Grundlage der modernen Chirurgie geworden, sie hat im Verein mit der von Lister in England erfundenen Antisepsis die Chirurgie auf eine ungeahnte Höhe geführt. Hand in Hand damit hat die Ausbildung einer wirksamen, dabei für das menschliche Leben gefahrlosen Narkose die schwierigsten, früher für ganz unmöglich gehaltenen Operationen an den edelsten Teilen des menschlichen Körpers möglich gemacht. Die Operation von Magengeschwüren, Darmleiden, Gehirn-, Kehlkopf- und Blasenübeln, welche ohne

Operation unfehlbar und unrettbar zum Tode geführt hätten, ist heute nichts ungewöhnliches mehr, und so gibt es fast kaum noch eine Operation am menschlichen Körper, welche nach dem heutigen Stande der Chirurgie nicht mit Erfolg ausführbar wäre, wenn der Kräftezustand des Patienten sie erlaubt. Hierzu kommt, daß die Technik in ihrer großen Vervollkommnung eine Reihe von Gliedmaßen künstlich nachzubilden vermag, und daß auch viele physikalische Erscheinungen, wie z. B. die Röntgen-Strahlen dem Messer des Chirurgen große Dienste leisten. Den chirurgischen Erfolgen zur Seite hat die öffentliche Gesundheitspflege eine geradezu überraschende Entwicklung genommen. Während die Hygiene in ihrer heutigen Bedeutung in der Mitte des vorigen Jahrhunderts kaum noch bekannt war und erst im letzten Drittel desselben eine außerordentliche Professur für dieselbe in Wien (Professor Doktor Rudolph von Vivenot) errichtet werden konnte, beherrschen die Grundsätze der öffentlichen Gesundheitspflege nunmehr die ganze kultivierte Welt, und es gibt kaum eine Gemeinde von irgend welcher Bedeutung, die nicht mit dem größten Eifer trachtet, aus öffentlichen Mitteln den Gesundheitszustand aller ihrer Bewohner zu verbessern.

Die Hygiene hätte kaum diese Ausdehnung und Bedeutung gewinnen können, wenn nicht gleichzeitig im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts die „Bakteriologie", namentlich durch die Forschungen Doktor Kochs in Berlin, einen so außerordentlich überraschenden Erfolg gehabt hätte. Wohl hatte schon die Vervollkommnung der Auskultation und Perkussion durch Professor Skoda das Mittel geliefert, die wichtigsten und folgenschwersten Krankheiten des Menschen durch das Gehör und den Schall zu erkennen und zu bestimmen, aber erst durch die Lehre von den der Gesundheit feindlichen, verschiedenartigen „Lebewesen", ihrer unumstößlichen Feststellung und Herkunft ist es möglich gewesen, mit Erfolg den Kampf gegen gewisse Krankheiten aufzunehmen, und zwar gerade gegen jene Krankheiten, welche sich als die mörderischesten, infektiösesten und gefährlichsten erwiesen hatten, und gegen welche die Menschheit durch Jahrtausende sich nicht hatte erwehren können.

Hierzu gehören die Pest, die Cholera, die Tuberkulose, der Typhus, die Diphtherie, kurzum alle jene infektiösen Krankheiten, welche die Geißel der Menschheit bilden. Groß und wesentlich sind die Erfolge, welche durch das Ingenium unsterblicher Gelehrter, vortrefflicher Staatsmänner und durch die Mithilfe aufopfernder Bürger und Bürgerinnen in den letzten Jahrzehnten erreicht wurden.

Die wertvolle Tatsache aber, daß hierdurch die Sterblichkeit des Menschengeschlechtes, wenigstens soweit dasselbe in Europa lebt, wesentlich verringert und die Lebenserwartung eine bedeutend größere geworden ist, als in früheren Jahrhunderten, ist vollkommen erwiesen.

Nach den Ausführungen des schon zitierten Professors Harald Westergaard darf man es als feststehend betrachten, daß die Sterblichkeit im 19. Jahrhundert in den Kulturstaaten bedeutend niedriger gewesen ist, als in den meisten früheren Jahrhunderten. Hierfür wird man, nach Wester-

gaard, wie wir sehen werden, nicht nur zahlreiche positive Beobachtungen beibringen können, sondern auch die Tatsache, daß die Bevölkerung der Kulturstaaten im 19. Jahrhundert ungemein rasch zugenommen hat. Wenn die Bevölkerung Europas von 1800 bis 1900 sich mehr als verdoppelt hat, so ist leicht zu erkennen, daß diese Bevölkerungszunahme früheren Jahrhunderten gegenüber ungewöhnlich groß ist. Denn bei einer Verdopplung in je 100 Jahren hätte Europa z. B. um das Jahr 1000 eine Million und am Anfange unserer Zeitrechnung nicht 1000 Seelen zählen dürfen. Daß aber die europäischen Gebietsteile des damaligen römischen Reiches viele Millionen Bewohner hatten, ist außer Zweifel. Nun beruht ferner dieser Unterschied des Bevölkerungszuwachses kaum auf anderer Geburtshäufigkeit. Viele Zeugnisse der Statistik deuten darauf hin, daß die Natalität eher in Abnahme begriffen ist. Es dürfte daher im allgemeinen der Sterblichkeitskoeffizient im 19. Jahrhundert kleiner sein, als in der Vorzeit; die ehemalige Altersbesetzung scheint aber dort, wo Beobachtungen vorliegen, nicht wesentlich verschieden von der jetzigen gewesen zu sein und man gelangt somit zu dem Ergebnisse, daß die heutigen Sterblichkeitsverhältnisse in den Kulturstaaten ungemein günstig sein müssen.

Jules Rochard, der sich hauptsächlich mit den Verhältnissen in den großen Städten beschäftigt, schildert, daß der Ursprung der meisten dieser Plätze in der Verteidigung des Bürgers gegen Räuberunwesen lag, daß die Straße infolge dessen eng, die Pflasterung schlecht war. Die Häuser hatten selten Dielen als Fußboden, die Fenster waren klein — die Salubrität ließ selbst noch vor wenig Jahrhunderten mehr als alles zu wünschen übrig. Der Luxus der Seife war beispielsweise in London zu Ende des 18. Jahrhunderts noch unbekannt und noch zu Zeiten Ludwig XIV. entbehrten 25.000 Menschen in Versailles des wichtigsten, heute selbst der ärmlichsten Wohnung unentbehrlichen Anstandsortes. Da kann man sich wohl einen Begriff machen, in wie furchtbarer Weise die Krankheiten epidemischer Natur wüteten, in Zeiten, denen gegenüber das 17. Jahrhundert gewiß schon eine Epoche höherer Kultur erscheint. Es mag nicht unrichtig sein, wenn man behauptet, daß die große Pest in den ersten 50 Jahren ihres Auftretens in Asien, Afrika und Europa eine Summe von 100 Millionen Menschen vernichtete. Nach Boccacio starben von Ende April bis Ende Juli 1348 100.000 Menschen in Florenz, in Genua 40.000, in Neapel 60.000, in Venedig 70.000. Die vervollkommneten hygienischen Einrichtungen verscheuchten diese furchtbare Feindin mehr und mehr von den Fluren Europas. 1720 ward sie zuletzt in Frankreich, 1813 in Malta, 1878 nur auf eine ganz kurze Zeit noch an den Ufern der Wolga verspürt. In Persien, Arabien und namentlich Indien dagegen verschwindet sie nie: es ist nicht die Therapie unserer Tage, welche ihr Einhalt tut, wohl aber sind es die Fortschritte der Hygiene, welche uns den bösen Gast fern halten. Noch bezeichnender und dem lebenden Geschlecht weit besser in Erinnerung ist das veränderte und abgeschwächte Auftreten ihrer Zwillingsschwester, der Cholera. Während die drei ersten Epidemien in Frankreich 346.478 Opfer kosteten, mithin jedesmal 115.000 Menschenopfer gefordert wurden, starben bei der letzten

Epidemie nur 8401 bei einer um drei Millionen größeren Einwohnerzahl. Und in Paris starben:

1832	19.402,	das	ist	234·16	pro	10.000 Einwohner
1849	19.105,	„	„	185·31	„	10.000 „
1854	8.300,	„	„	78·84	„	10.000 „
1873	855,	„	„	4·61	„	10.000 „
1884	933,	„	„	4·07	„	10.000 „

Es zeigt sich nun ganz klar, daß diejenigen Länder und namentlich diejenigen großen Städte, welche bedacht waren, ihre Wohnorte durch rationelle Kanalisierung, gute Wasserversorgung, reinliche Pflasterung zu heben, auch dem neuen Feinde standzuhalten vermochten, während Neapel, Toulon, Marseille, namentlich aber ein großer Teil Spaniens unter der Geißel der Choleraepidemie auch in den allerletzten Jahren die furchtbarsten Verluste zu erleiden hatten. In Spanien starben ganze Ortschaften mit 3000 bis 4000 Einwohnern aus, zur selben Zeit, wo in Paris die Cholera durch Reisende verschleppt wurde, aber ein so wenig günstiges Terrain für ihre tödliche Herrschaft fand, daß sie schon nach wenigen Wochen erlosch. Mag man also noch so mißtrauisch die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft beurteilen, undankbar und unrichtig wäre es, die Fortschritte zu verkennen, welche die öffentliche Gesundheitspflege in bezug auf die kontagiösen Krankheiten gemacht hat. Große und kunstvoll hergestellte Wasserleitungen in den Städten, rationelle Kanalisierungssysteme, sorgsame polizeiliche Überwachung aller epidemischen Krankheiten, namentlich im Kindesalter, und dadurch wesentlich verringerte Kindersterblichkeit haben nicht wenig dazu beigetragen, das Lebensalter des Menschen seit einem Jahrhundert zu erhöhen, eine Tatsache, die kaum mehr bezweifelt werden kann. Auch unsere Vaterstadt Wien hat — wir können es dankbar allen dabei mitwirkenden Faktoren gegenüber anerkennen — an dem Fortschritte der Assanierung in reichstem Maße teilgenommen. Gerade vor kurzem ist hierüber ein hochinteressantes Werk „Die Assanierung von Wien" (Verlag W. Engelmann, Leipzig) erschienen, dessen medizinal-statistischer Teil hierüber sehr beherzigenswerte Aufschlüsse gibt. Hiernach ist die Mortalität in Wien, welche 1851 bis 1860 40·1 pro Mille betrug, im Jahre 1900 auf 20·71 zurückgegangen. Groß ist die Abnahme der Mortalität an Infektionskrankheiten; sie sank von 2·94 i. J. 1867 auf 1·38 Personen i. J. 1900 pro 1000 der Bevölkerung. Die Zahl der Typhusfälle sank, bedingt durch die bessere Wasserversorgung, ganz überraschend, die Mortalität der Diphtheriekranken von 35·6 auf 13·8 Prozent (wobei zirka 75 Prozent Kranke mit Heilserum behandelt wurden), die Scharlachmortalität von 4·4 auf 1·7, Rotlaufmortalität von 11·3 auf 4·8.

Ein ebenso erfreuliches Bild gewährt die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland. Nach der aus dem kaiserlichen statistischen Amt veröffentlichten Arbeit von Professor Dr. Mayet: „25 Jahre Todesursachenstatistik" starben in den deutschen Orten von 15.000 und mehr

Einwohnern an Lungenschwindsucht von je 10.000 Lebenden nach den Mittelwerten für die Jahrfünfte: 1877 bis 1881 35·77, 1882 bis 1886 34·62, 1887 bis 1891 30·4, 1892 bis 1896 25·55, 1897 bis 1901 21·87. Besonders erfreulich ist im Hinblick auf die Tuberkulosebekämpfung die außerordentliche Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit im letzten Jahrfünft. Während dieses Jahrfünfts sind in den Orten von 15.000 und mehr Einwohnern 1·6mal weniger Personen an Lungenschwindsucht gestorben als im Jahrfünft 1877 bis 1881.

Die allerneuesten Ziffern aber, das Jahr 1902 inbegriffen, und dies gilt für das Königreich Preußen, wo am meisten für die Bekämpfung der Tuberkulose geschieht, teilt Professor Dr. Cornet in der Münchener medizinischen Wochenschrift mit, indem er bemerkt:

Die Tuberkulose ist in Abnahme begriffen. Während noch 1888 in Preußen 84.109 Personen an Tuberkulose starben, verringerte sich die Sterblichkeit in Preußen im Jahre 1902 trotz der Zunahme der Bevölkerung auf die Ziffer von 66.726. Somit fiel die Ziffer auf 19 zu 10.000, so daß seit 1889 in Preußen allein **370.000** Menschen weniger starben, als nach dem Durchschnitte früherer Jahre zu erwarten gewesen wäre. Diese Daten sind gewiß von höchstem Interesse, und beweisen nur durchschlagend, ein wie schweres Unrecht man begeht, wenn man die Erfolge der wissenschaftlichen Forschungen bestreitet.

Aber ganz abgesehen von der verkleinerten Sterblichkeit, gibt es ja eine Reihe von Aktionen, welche im vergangenen Jahrhundert wesentliche Verbesserungen der Sanitätsverhältnisse herbeigeführt haben. Wir möchten hier vor allem die durchgreifende Reform der Irrenheilanstalten erwähnen. In früheren Zeiten wurde der Geisteskranke wie eine Art Verbrecher behandelt, der gewissermaßen als Strafe des Himmels von bösen Geistern befangen sei. Er wurde in dem sogenannten Narrenturm, von denen wir in Wien bis vor ganz kurzer Zeit ja noch bauliche Erinnerungen gesehen haben, wie in einem Gefängnisse festgehalten. Der Kranke ward mit Peitschenhieben für seinen angeblichen Ungehorsam bestraft, und man glaubte durch Torturen und strenge Körperzüchtigungen die bösen Geister zu bewältigen. In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts brach endlich der erlösende Gedanke sich freie Bahn, daß es sich bei den Geisteskranken lediglich um eine körperliche Erkrankung handle, eine Erkrankung an Gehirn und Nerven, und daß ein solcher Unglücklicher lediglich als ein armer doppelt bedauernswerter Kranker zu behandeln sei. Die Narrentürme schauerlichen Angedenkens fielen und an ihre Stelle traten hygienisch erbaute, wohlorganisierte Irrenanstalten, welche den Kranken einen menschenwürdigen Aufenthalt und in sehr vielen Fällen auch partielle oder vollkommene Heilung darboten. Diese Anstalten, getragen von einer sich immer mächtiger entwickelnden Wissenschaft, sind namentlich in Österreich zu hoher Blüte gelangt. Wenn wir weiter die Anstalten öffentlicher Wohlfahrt durchgehen, so verdienen die Blinden- und Taubstummenanstalten ganz besondere Erwähnung. Auch hier haben sich Wissenschaft und Barmherzigkeit

vereint, um diesen Kranken, wenn schon die Heilung unmöglich — eine menschenwürdige Existenz zu schaffen. So gestatteten die Vervollkommnung der Blindenschrift und die Ausbildung einer gewissen Mimik und Artikulation bei den Taubstummen, daß beide unglückliche Kranke vom Verkehr mit der Außenwelt nicht mehr ganz ausgeschlossen sind. Dem Blinden ist es möglich, nahezu alle Erzeugnisse der Literatur kennen zu lernen, er wird befähigt, seinen Bildungsgang gleich dem Sehenden zurückzulegen und staatliche Prüfungen, namentlich für das Lehrfach zu bestehen. Ebenso lernt der Taubstumme mit der Außenwelt in einen gewissen Verkehr zu treten und er ist nicht mehr angewiesen, ein willenloses Werkzeug in der menschlichen Gesellschaft zu bleiben.

Was die Orthopädie, die Massage, die mannigfachen Elektrizitäts- und Kaltwasserkuren zu leisten vermögen, ist bekannt. Die Mechanik und die Naturwissenschaft haben sich im vergangenen Jahrhundert vollkommen in den Dienst der Medizin gestellt und auf allen Gebieten Erleichterungen geschaffen, welche geradezu erlösend auf die leidende Menschheit wirken. Die Chemie und die Physik spielen hierbei eine ganz bedeutende Rolle. Die Präzision der Analyse, die genauen Untersuchungen des Harnes und des Sputums ermöglichen eine rasche und genaue Diagnose und schließen in vielen Fällen jeden Fehler aus. Überall gilt es als Grundsatz, daß der Kranke richtig beurteilt, sein Leiden möglichst sicher geheilt werde und die dabei notwendige Prozedur möglichst wenig Unannehmlichkeiten für den Kranken im Gefolge habe. Was in dieser Beziehung z. B. die Narkose für eine grenzenlose Wohltat bedeutet, wie nur durch sie große gefahrvolle Operationen möglich sind, das begreift nur der, der die Qualen zu ermessen vermag, unter welchen, wie schon erwähnt, die Kranken früherer Jahrhunderte gelitten haben mögen. Bei den verursachten Höllenqualen war es dem Arzte ja gar nicht möglich, das Messer sicher und unbeeinflußt zu führen, und es ist eine Schuld der Dankbarkeit, wiederholt und öffentlich zu erklären, daß nie und nimmer ohne die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft so viel Menschenelend hätte vermieden werden können.

Es ist nun wohl natürlich, daß zur Anwendung und Ausübung aller dieser Fortschritte vor allem ein tüchtiger Ärztestand notwendig ist. Ohne irgendwie den Ärzten der älteren medizinischen Schule zu nahe treten zu wollen, welche ja ebenfalls umfassende Verdienste um die Ausbildung der Medizin gehabt haben, muß doch gesagt werden, daß namentlich in dem letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts ganz besonders viel an unseren Hochschulen geschehen ist, um auf allen Gebieten der Medizin zu so wichtigen und grundlegenden Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung zu gelangen. So viel Übelstände mit der immer wachsenden Anzahl der Ärzte für spezielle Krankheiten (Spezialisten) verbunden sein mögen, so werden doch gerade durch die Ausbildung für einzelne Spezialfächer ganz bedeutende Erfolge erzielt, und unter den Ärzten neuerer

Schule wächst eine Menge großer vielversprechender Talente heran, denen fast jedes Jahr eine neue bahnbrechende Entdeckung zu danken ist.

Ein weiteres und wichtiges, geradezu ausschlaggebendes Moment liegt aber darin vor, daß alle die vorbezeichneten Erfolge gar nicht möglich gewesen wären, wenn nicht seit der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts auch auf dem Gebiete der sogenannten **Krankenpflege** ganz umfassende Arbeiten und Vorkehrungen mit durchgreifendem Erfolge zu verzeichnen gewesen wären. Die Gesundheitspflege und Krankenbehandlung, wie sie heute besteht und in weiterer vollster Ausbildung begriffen ist, wäre überhaupt nicht mehr denkbar, ohne daß dem Arzt die hilfreiche Hand des geschulten, vollkommen ausgebildeten Krankenpflegers oder der Krankenpflegerin zur Disposition stände. Alle die vielfachen Prozeduren, die Operationen, die Wundbehandlung, die Irrenpflege, die Massage, die elektrische Behandlung usw. sind gar nicht möglich ohne eine sorgfältige Pflege, darum hat Dr. v. Leyden, wie wir schon im Eingang erwähnten, recht, wenn er sagt, daß die Krankenpflege sich ganz und gar zu einer selbständigen Wissenschaft erhebt, und dem Staate und der Gesellschaft erwächst schon wegen der Armenversorgung und der Gemeindewohlfahrt die heiligste Verpflichtung, dieser Spezialwissenschaft der Krankenpflege die vollkommenste Würdigung und Beachtung zu schenken.

Armenversorgung! Welch wichtiges inhaltsschweres Wort. — Wie steht da vor unseren Blicken auf einmal die allergrößte soziale Frage, welche die Gegenwart bewegt, die Frage der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung.

Ist es denkbar, die große Bedeutung der Krankenpflege zu erörtern und die schweren Pflichten festzustellen, welche der moderne Staat betreffs der Fürsorge am Krankenbett zu erfüllen hat, wenn wir nicht den Umfang und die Grenzlinien kennen, innerhalb welcher diese Fürsorge sich vollziehen muß? Erst wenn wir uns zu der Ansicht bekennen, daß der Staat verpflichtet ist, solche Einrichtungen ins Leben zu rufen, daß der Arme mit Sicherheit darauf rechnen kann, in der Krankheit die mögliche Heilung, im Unfall die Entschädigung, in der Invalidität wenigstens den zum notdürftigsten Leben ausreichenden Unterhalt zu finden — erst dann werden wir wissen, wie groß die Pflicht des Staates in der Krankenfürsorge sein muß.

Die Voraussetzung einer allgemeinen Kranken- und Invaliditätsversicherung ist aber auch darum für die Beurteilung sehr wichtig, weil (siehe das deutsche Invalidengesetz vom 13. Juni 1899) die Träger der Invalidenversicherung im Falle der Erkrankung eines Versicherten, soferne Invalidität als Folge der Krankheit zu befürchten ist, das Recht haben, das Heilverfahren zu übernehmen und Heilversuche auch mit Personen, welche bereits die Invalidenrente beziehen, anzustellen, wenn sie hoffen können, dadurch die Invalidität zu beheben. So haben diese Versicherungsanstalten in Deutschland die Führung in der Errichtung von Heilanstalten der

Tuberkulose übernommen. Ergab sich doch, daß von allen versicherten Arbeitern in Deutschland 13 Prozent durch Tuberkulose invalid werden, und bei der Trennung nach verschiedenen Berufen, daß von allen männlichen Arbeitern aus dem Bergbau und Hüttenwesen, Industrie und Bauwesen, die bis zum Alter von 35 Jahren invalid werden, mehr als die Hälfte an Lungentuberkulose leiden, im Alter von 20 bis 24 Jahren schon beinahe zwei Drittel. Die Versicherungsanstalt hat also das allerlebhafteste Interesse, die Versuche mit großen Mitteln zu unterstützen, welche darauf ausgehen, in den Heilstätten die Tuberkulose zu bekämpfen. Wiewohl erst 7 Jahre seit dem Beginn der Tätigkeit verflossen sind, ist schon heute der Erfolg hochbedeutend. Die Anfangserfolge der Heilverfahren sind auf 70 bis 80 Prozent der Versicherten gestiegen, und nur 15 Prozent ungefähr erfordern bis zum Ablaufe des 5. Jahres Wiederaufnahme des Heilverfahrens. Aber wenn auch nur die Hälfte der behandelten Personen 10, ja sagen wir nur 5 Jahre arbeitsfähig erhalten werden, verzinsen sich bereits die durch die Versicherungsanstalten ins Leben gerufenen Volksheilstätten.

So ist die Invalidenversicherung gleichzeitig eine der größten Förderinnen der Krankenfürsorge im Deutschen Reiche. Sie steht im allerengsten Zusammenhange mit dieser letzteren, und beide Fragen sind für die Sozialpolitiker nicht zu trennen.

In diesem Grundsatze und in des Verfassers öffentlicher Tätigkeit lag denn auch für ihn der Beweggrund, warum er zur Feder griff, um das Gebiet der modernen Krankenpflege zum Gegenstand einer so gründlichen Forschung zu machen, wie sie im gleichen Umfange noch nicht veranstaltet worden ist, so vorzügliche und wertvolle Spezialarbeiten auf diesem Gebiete auch vorhanden sind. Es lag vor allem die Notwendigkeit vor, sich über den Umfang und das Gebiet dieser Studie schlüssig zu machen. Da es sich um sehr wichtige und sehr viele statistische Daten handelt, so konnte einerseits kein allzu großes, aber gewiß auch kein allzu kleines Gebiet ins Auge gefaßt werden. Es war angezeigt, zunächst Österreich und Deutschland zu bearbeiten, ein Gebiet, das im großen und ganzen sozialpolitisch und klimatisch gleichartige Gebiete umfaßt und auch groß genug ist, um aus statistischen Ziffern möglichst richtige Schlüsse zu ziehen. Neben Deutschland und Österreich werden vergleichsweise eine Reihe Daten aus anderen Staaten, namentlich aus England, wo das Gebiet der Krankenpflege große Entwicklung und Ausdehnung gewonnen hat, zur Besprechung kommen. Bei statistischen Nachweisen handelt es sich aber, wir wiederholen es, in erster Linie darum, daß die Ziffern umfangreich seien und daß sie vor allem Gebiete behandeln, wo einigermaßen gleiche Verhältnisse bestehen. Nur dann werden, insbesondere was die Sanitätsverhältnisse angeht, die aus den statistischen Daten gezogenen Schlüsse richtig sein.

Es ist ferner von Wert, daß eine solche Statistik möglichst nahe bis zu jenem Zeitpunkt geführt wird, in welchem die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt. Statistische Ziffern, die auf Forschungen beruhen, welche Jahrzehnte oder Jahrhunderte alt sind, geben nur zu Täuschungen Veran-

lassung. Der Verfasser hat daher geglaubt, sich im großen ganzen auf Deutschland und Österreich beschränken zu sollen, und seine Forschungen, wo es ging, bis auf das Jahr **1902** und **1903** ausgedehnt.

Es oblag uns zunächst die Aufgabe, festzustellen, wie die Krankenfürsorge in diesen zwei Staaten bestellt sei, wie viele Heilanstalten und verfügbare Betten vorhanden, wie hoch die Baukosten und Verpflegstaxen wären und wie viele Personen in Deutschland und in Österreich sich dem Krankenpflegerberufe widmen. Bei dieser letzteren Forschung ergab sich schon die erste und größte Schwierigkeit. Der Hauptteil der Pflegerinnen und Pfleger entstammt in beiden Ländern den konfessionellen Genossenschaften. Abgesehen davon, daß dieselben nur ungern statistische Daten zur Disposition stellen, ist auch ein großer Teil dieser Genossenschaftsmitglieder nicht in der Krankenpflege allein beschäftigt, sondern dient einer ganz anderen Reihe nützlicher und charitativer Aufgaben. Bald im Lehrberuf, bald in der Kinderwartung, bald in der Mägdeherberge beschäftigt, ist beispielsweise die katholische barmherzige Schwester oft nur zeitweise im Dienste der Krankenpflege tätig, und es ist daher mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, statistisch genau festzustellen, auf wie viele Personen in dieser Richtung gezählt werden kann. Ein gleiches Verhältnis ist bei der evangelischen Diakonissin der Fall. Die weltliche Pflegerin und der weltliche Pfleger sind aber beinahe noch schwieriger statistisch zu erfassen. Bei dem großen Mangel an Berufsstatistiken sowohl in Österreich wie in Deutschland ist man meistenteils auf die Angaben der Steuerbehörden angewiesen. Wie unverläßlich ist aber diese Angabe, nachdem ja die Krankenpflege in sehr seltenen Fällen als steuerpflichtiger Beruf angemeldet wird! — Es ist mithin kaum möglich zu erfahren, wie viele Pflegekräfte disponibel sind, soweit dieselben in Privatpflege beschäftigt und nicht etwa Angestellte öffentlicher oder Spitalsverwaltungen sind.

Trotz unglaublicher Schwierigkeiten haben wir es doch vermocht, für Österreich und Deutschland annähernd richtige Zahlen im ersten Kapitel unseres Werkes anzugeben. Wir haben hierbei dankend der Unterstützung einer Reihe österreichischer, sowie deutscher Behörden, namentlich aber der obersten Sanitätsbehörden in Österreich und Deutschland, der niederösterreichischen Statthalterei, des Magistrates der Stadt Wien und einer Reihe religiöser Genossenschaften sowohl in Österreich als auch im Deutschen Reiche Erwähnung zu tun, durch welche unsere Aufgabe einigermaßen erleichtert worden ist.

Als wir die Ziffern der disponiblen Pflegekräfte mit einiger Sicherheit feststellen konnten, haben wir geglaubt, in einem gesonderten und umfassenden Bericht die Morbidität und Mortalität dieser Pflegepersonen zu untersuchen. Es war dies darum notwendig, weil die Konstatierung der Gesundheitsverhältnisse jener Personen, denen die wichtige Aufgabe der Krankenpflege anvertraut ist, nach mehreren Richtungen hin von entscheidender Bedeutung der ganzen Frage sein wird. Es sei uns erlaubt, dies zu begründen:

Wir sind, wie wir schon eingangs erwähnt haben, von dem unumstößlichen Grundsatze ausgegangen, daß, wie einerseits die Fortschritte der

medizinischen Wissenschaft den Bestand einer guten Krankenpflege als erste Vorbedingung verlangen, der Staat für den Bau der notwendigen Heilanstalten, aber auch dafür zu sorgen hat, daß die Bevölkerung des Staates das entsprechende Material liefere, um diese Krankenpflege zur eigenen Befriedigung und zum Heile der Kranken auszuüben. Darum darf der Pflegerberuf, dieser Beruf, der ohnedies die größte Selbstverleugnung und die höchste Opferwilligkeit verlangt, kein unbedingt todbringender oder gefahrdrohender sein, sondern es muß erwiesen werden können, daß bei den nötigen Vorsichtsmaßregeln, welche die Wissenschaft selbst zu Gebote stellt, dieser Beruf nicht gefährlicher ist als jeder andere. Und zwar ist dieser Nachweis um so wichtiger, als wir mit unserer Arbeit den Zweck verfolgen, einen wichtigen Schritt zugunsten einer gesunden Frauenbewegung herbeizuführen. In der Beschäftigung mit der Krankenpflege erblicken wir ein äußerst günstiges Feld für die lohnende und befriedigende Betätigung der Frauen. Es gibt kaum einen Beruf, zu welchem sich die Frau mehr eignet als die Krankenpflege. Das weiche und mildtätige Herz der weiblichen Natur, ihre zarte Hand, die Schmiegsamkeit ihres Wesens befähigt sie vor allen anderen für diesen Dienst der Barmherzigkeit.

Aber auch in materieller Beziehung wird sie in diesem Berufe weitaus besser fahren, als in dem Kampfe, den sie jetzt auf so vielen Gebieten mit dem Manne ausficht. Die Konkurrenz, welche sie hierbei namentlich in den kaufmännischen Fächern auszukämpfen hat, ist eine geradezu vernichtende. Immer neu entstehende Handelsschulen fördern einen Wettbewerb zutage, welcher viele Männer erwerbsunfähig macht, ohne der Frau zu nutzen. Es ist geradezu jammervoll, die Lohnansätze einerseits und anderseits das Maß der Arbeit kennen zu lernen, welches bewilligt, beziehungsweise gefordert wird. Ebenso ist die Ausbildung zum Gelehrtenberufe bei Frauen doch nur dann anzustreben, wo ein ganz besonderes Talent der Frau auch die Möglichkeit bietet, Anerkennung und materiellen Lohn zu finden.

In der Krankenpflege aber, wie wir sie uns wesentlich reformiert denken und wie wir wünschen, daß sie auch in sozialer Richtung hin gehoben und gefördert werde, erschließt sich ein Gebiet, wie es kaum entsprechender gedacht werden kann. In dieser Anschauung sind alle Fachmänner sowohl in Österreich, als auch im Deutschen Reiche einer Meinung.

Mit Rücksicht auf diesen Zweck schien es aber dringend notwendig, schon wegen der Altersversorgung der Pflegepersonen, statistisch festzustellen, wie der Gesundheitszustand in der Krankenpflege beschaffen sei. Wir haben uns hierbei nicht nur auf die Mortalität beschränkt, sondern den bisher noch nicht unternommenen Versuch gewagt, auch die Morbidität in Erwägung zu ziehen. Dieses Gebiet ist ja bekanntlich bisher fast bei keinem Berufe durchforscht worden. Aber auch mit der Sterblichkeit in der Krankenpflege haben sich bisher nur zwei Autoren, und zwar Professor Cornet in Berlin 1889 und Dr. Karl Hohn im Jahre 1897 beschäftigt. Beide

behandelten die Einwirkung des Krankenpflegedienstes in katholischen geistlichen Orden, und zwar wesentlich mit Bezug auf die Sterblichkeit durch Tuberkulose. Die außerordentlich traurigen Resultate, namentlich des Verfassers der ersten Studie, Professor Cornet, waren um so mehr Veranlassung, unsere Untersuchungen auf größere Gebiete auszudehnen, die allerdings auch bei uns innerhalb der katholischen Barmherzigen Schwestern, aber wohl aus ganz besonderen Gründen, ein ähnlich betrübendes Resultat ergaben.

Es schien wichtig, Krankenpflegepersonen aus den verschiedenartigsten Genossenschaften und Organisationen und auch aus der weltlichen Pflege miteinander zu vergleichen, und in diesen vergleichenden Momenten die Ursachen aufzufinden, worin der minder gute oder schlechte Gesundheitszustand begründet sei, damit es dann möglich wäre, im Wege von anzubahnenden Reformen die Abhilfe zu schaffen. Inwieweit es möglich gewesen ist, hierbei zu richtigen Resultaten zu kommen, wird die mühsame Arbeit des zweiten Kapitels mit ihren zahlreichen Tabellen erweisen. Die Mühe war schon bei der Sammlung des Materiales eine ganz ungewöhnlich große, denn niemals ist bisher eine ähnliche Zusammenstellung auch nur versucht worden. Wer die großen Schwierigkeiten kennt, unter denen statistische Daten von den beteiligten konfessionellen Genossenschaften und von den speziellen Spitalsverwaltungen, Physikaten usw. zu erhalten sind, der wird ermessen können, welche Unsumme von Arbeit hier notwendig gewesen ist. Es mag auch in Berücksichtigung gezogen werden, daß leider sowohl in vielen Teilen Österreichs, als auch in Deutschland ganz verschiedenartige Systeme sowohl für die Berufsstatistik, als die Statistik der Krankheits- und Todesursachen bestehen, und daß infolgedessen nur durch umfassende Nachforschungen, Spezialisierung, Umfrage und Umrechnung wenigstens möglichst einheitliche Grundlagen für unsere statistische Arbeit gefunden werden konnten. Nichtsdestoweniger hoffen wir, mit unseren Daten Material für neue Forschungen und Vergleiche geliefert zu haben, und wir denken, doch auch nach dieser Richtung hin diesen Studien manches eingefügt zu haben, was künftig für die wissenschaftliche Forschung nicht ohne Nutzen und Wert sein wird. Wir bitten daher um eine nachsichtige und wohlwollende Beurteilung dieser Arbeit, die nicht mehr ist als ein Versuch.

Mit der Frage der Wartepersonen beschäftigt, stellte es sich im Laufe der Arbeit als unbedingt notwendig heraus, auch die Mortalitätsverhältnisse der Ärzte unter Beobachtung zu stellen.

Für ein Hauptergebnis und einen wirklichen Erfolg halten wir es, daß diese sonst gewiß nicht unfehlbare Statistik der Pflegepersonen doch den einen unumstößlichen Beweis erbracht hat, daß die Krankenpflege nach keiner Richtung hin ein gefährlicherer Beruf ist, als jeder andere Lebensberuf, vorausgesetzt, daß die Krankenpflegepersonen mit Umsicht und Verständnis ausgewählt werden und sie die nötige Vorsicht und Sorgfalt in Anwendung bringen und Nutzen ziehen von den für sie in Betracht kommenden Fortschritten der Medizin. Wir haben daher in diesem zweiten Kapitel

eine weitere umfassende Studie über die Mortalität der österreichischen Ärzte in den letzten 10 Jahren vorangeschickt. Es schien uns, wie gesagt, der Vollständigkeit wegen dringend notwendig, auch der Verhältnisse im Ärztestande Erwähnung zu tun, die bis zu einem gewissen Grade auch dem Krankenpflegerberufe angehören. Wir haben daher die Mortalitätsverhältnisse der Ärzte, und zwar in der Abteilung A. des Kapitels II behandelt.

Da sich unsere Forschungen auf Österreich und Deutschland beziehen, in Deutschland aber bereits drei sehr tüchtige Arbeiten über württembergische, sächsische Ärzte und die bei der Gothaer Lebensversicherungsbank versicherten Ärzte vorhanden sind, dagegen über die Mortalität der österreichischen Ärzte bisher noch nirgends auch nur die geringste Mitteilung gemacht worden ist, so haben wir geglaubt, mit unserer Arbeit dem allgemeinen, aber auch speziell dem österreichischen Ärztestande einen Dienst zu erweisen. Diese unsere sehr umfangreiche Arbeit stellt nahezu zwei Drittel aller österreichischen Ärzte, sowie des Kriegsheeres und der Marine unter statistische Beobachtung, und auch diese Arbeit ist nicht ohne große Mühe und Unterstützung der Behörde möglich gewesen; sie beruht durchwegs auf amtlichen Mitteilungen und ihre Ergebnisse sind daher, um so mehr, als sie sich auf 10 Jahre erstrecken und bis zum Jahre 1903 ermittelt wurden, von einigem Werte. Wir haben sie mit einer Reihe von anderen Ergebnissen der Statistik in Vergleich gezogen und sie werden auch nach dieser Richtung hin mancherlei Nutzanwendung finden können. Es ist selbstverständlich, daß, nachdem nur das Jahr des Todesfalles und die Todesursache zu Gebote stand, von der mathematischen Berechnung einer Lebenserwartung keine Rede sein kann. Wir haben trotzdem auch noch Untersuchungen darüber angestellt, wie weit der Altersaufbau der österreichischen Ärzte mit dem Altersaufbau der Bevölkerung übereinstimmt, um dadurch die Basis für die Beurteilung der Richtigkeit so mancher Vergleiche in der Sterblichkeit zu gewinnen. Näheres hierüber in den Erläuterungen zu den Tabellen. Der Durchschnitt der erzielten Alter ist daher lediglich auf die tatsächlich Verstorbenen zu berechnen und in Vergleich zu ziehen mit den tatsächlich Verstorbenen in den gleichen Altersgrenzen und in ähnlichen Berufszweigen.

Wir möchten dies nur erwähnen, um nicht etwa den Glauben hervorzurufen, als würden wir den Unterschied zwischen dieser Berechnung und der mathematischen Lebenserwartung nicht kennen, der z. B. für die Lebensversicherung von Wert ist. Nichtsdestoweniger ist die Zahl der beobachteten Fälle eine so große und konnte auch mit einer so großen Anzahl von Todesfällen unter jenen österreichischen Ärzten verglichen werden, welche bei der Wiener medizinischen Witwen- und Waisen-Sozietät seit 150 Jahren eintraten, daß der Wert dieser Ziffern für sich genommen, uns weit bedeutender zu sein scheint, als wenn man bei einer geringen Anzahl von Berufsgenossen die durchlaufenen Lebensjahre berechnet und so zu einer mathematisch richtigen Ziffer kommt, die aber wegen des geringen Materiales keinen erheblichen Wert hat.

Merkwürdigerweise hat sich noch niemand damit beschäftigt, die Mortalität des österreichischen Ärztestandes zu untersuchen, wie es doch

schon aus versicherungstechnischen Gründen notwendig gewesen wäre, dieselben in eine bestimmte Gefahrsklasse einzureihen.

Wir glauben daher mit unserer Arbeit gewiß auch dem österreichischen Ärztestande einen Dienst zu erweisen, der vielleicht an Bedeutung gewinnt, wenn erwogen wird, daß hier lediglich aus besonderer Verehrung für die Wissenschaft der Heilkunde ein Mann das Wort ergriff, welcher dem ärztlichen Berufe fernesteht.

Wir haben bei Besprechung der Todesursachen den Beweis zu erbringen versucht, daß gerade bei den Ärzten und Pflegepersonen die Gefahr der Infektion nicht von besonderer Größe ist, im Gegenteil ist die Mortalität durch Tuberkulose beim österreichischen Ärztestand eine außerordentlich geringe, und weit unter dem Mittel der Tuberkulosenmortalität im ganzen Reiche. Ein Beweis, daß diejenige Person, welche sich zumeist mit infektiösen Krankheiten beschäftigt, durch die Wissenschaft auch Mittel an der Hand hat, sich davor zu schützen.

Es ist dieses Kapitel auch von allerhöchstem Wert für den Kampf gegen die Tuberkulose.

Denn dieses ganze Buch soll in erster Linie und hauptsächlich auch den Beweis erbringen, daß die Furcht vor der Ansteckung durch die Tuberkulose weitaus übertrieben ist, und sie soll die Schar jener tapferen Kämpfer, welche an den Betten der Kranken weilen, zu **neuer** Kraft, zu **neuem** Kampfe anspornen.

Erfüllt das Buch, das wir schreiben, nur diesen einen Zweck, so hat es im Dienste der Barmherzigkeit einen großen, nicht groß genug zu bemessenden Erfolg erzielt. Dagegen war es notwendig, bei Besprechung der Mortalität der Ärzte auf jene Krankheitsformen hinzuweisen, welche sich in dieser Statistik als wahre Berufskrankheiten der Ärzte darstellen, nämlich die Herz- und Nervenerkrankungen.

Der immer heftiger werdende Kampf ums Dasein, das große soziale Elend, welches im Ärztestande sowohl in Österreich als in Deutschland herrscht, die fortwährenden seelischen und körperlichen Anstrengungen, denen der Arzt ausgesetzt ist, greifen gerade Herz und Nerven besonders an, und kaum in einem anderen Berufe sind diese Organe gleichen Gefahren ausgesetzt, wie im Ärztestande. Ebenso werden unsere Ergebnisse die starke Beteiligung des Ärztestandes an der Todesursache „Selbstmord" beweisen.

Hierzu gesellt sich in unserer modernen Zeit die Gefahr des Morphinismus. Wir haben daher durch eine besondere Umfrage in den Nervenheilanstalten die Anteilnahme des Ärztestandes an den durch Morphinismus hervorgerufenen Erkrankungen festgestellt und damit, wie wir glauben, einen interessanten Beitrag zur Medizinalstatistik geliefert.

Ebenso wichtig schien es, die Anteilnahme ärztlicher Personen an den Unfällen im Berufe wenigstens einigermaßen zu illustrieren. Wir müssen auch hier gestehen, daß uns diese Aufgabe nicht leicht gemacht worden ist. Sowohl die österreichischen, als auch die deutschen Versicherungsanstalten führen zum größten Teile weder für die Lebensversicherung, noch

für die Unfallsassekuranz besondere eingehende Berufsstatistiken. Diejenigen Anstalten, welche sich die Mühe geben, solche statistische Daten zu sammeln, hüten sie zumeist als ein Geheimnis. Dieses Verhalten ist nach unserer Ansicht vollkommen unrichtig, denn die Klassifizierung nach Berufen, wie sie z. B. die Gothaer Lebensversicherungsbank betreibt und welche auch teilweise mit größter Liberalität deren Veröffentlichung vollzogen hat, kann nur zum Vorteil der Assekuranzgesellschaften selbst ausschlagen. Nur so wird es möglich sein, den Wert der einzelnen Gefahrsklassen mit einiger Sicherheit zu bestimmen und dies liegt gewiß im Interesse der Gesellschaften selbst.

Die Fortschritte der Medizin und namentlich der Chirurgie in der Erfindung neuer Instrumente, Heilmethoden und -Systeme bringen neuerlich auch mancherlei Gelegenheit zu Berufsunfällen und so wird es eine willkommene Beigabe dieses Buches sein, eine Reihe solcher Unfälle von besonderem Interesse hier verzeichnet zu sehen, welche uns durch das besondere Entgegenkommen der im II. Kapitel verzeichneten namhaften und vortrefflich geleiteten Versicherungsgesellschaft zur Verfügung gestellt worden ist.

An die Statistik über die Mortalität der österreichischen Ärzte reihen sich dann, wie gesagt, im Kapitel II sub B. die oben besprochenen Daten über die Morbidität und Mortalität der Krankenpflegepersonen. Wir haben beides in den Tabellen, die diesem Kapitel beigegeben sind, so erschöpfend als möglich behandelt und durch Hervorhebung einzelner Fälle, wie der Typhusepidemie im Krankenhause zu Graz, den Wert dieser Aufzeichnungen erhöht. In ganz besonders ausführlicher Weise haben wir hierbei aber jener wenigen Infektionsfälle gedacht, welche im letzten Jahrzehnt auf europäischem Boden durch die asiatische Pest stattfanden und welche ganz Europa erschreckten.

Gerade weil es den strengen hygienischen Maßregeln bisher gelungen ist, trotz der vielen Berührungspunkte zu Lande und zur See mit den infizierten Pestländern diese schreckliche Krankheit von Europa fernezuhalten, gerade deswegen mußte konstatiert werden, daß in jenen einzelnen Fällen, wo bei uns eine Pestinfektion in der Krankenpflege stattfand, diese stets auf eine Vernachlässigung der nötigen Vorsichtsmaßregeln zurückzuführen war. Unsere Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik erstreckt sich, wie gesagt, im wesentlichen auf Österreich und das Deutsche Reich. Es schien jedoch von großem Interesse, der englischen Verhältnisse, welche soviel des Beachtenswerten und Nachahmungswerten bieten, ausführlicher Erwähnung zu tun und sie zu Vergleichen heranzuziehen. Ebenso haben wir in einer kurzen Exkursion die Verhältnisse der konfessionellen Krankenpflege in den skandinavischen Königreichen berücksichtigt.

Schon die Gelegenheit, einen der berühmtesten Mortalitätsstatistiker, den vielfach zitierten Professor Harald Westergaard zum Worte kommen zu lassen, war eine höchst verlockende. Es wurde durch diese Exkursion auf skandinavisches Gebiet aber auch unsere Statistik der einzelnen deutschen Krankenpflegegenossenschaften vervollständigt, da diese

Pflegerinnen dem deutschen Mutterhause der evangelischen Diakonissinnen angehören.

In einem weiteren Kapitel III haben wir geglaubt, jener ganz besonderen und speziellen Krankenpflege in den Kurorten Österreichs, Deutschlands, der Schweiz und der Riviera gedenken zu sollen, welche es jahraus, jahrein mit der Pflege von Lungenkranken zu tun hat. Schon in dem Hauptkapitel über Mortalität und Morbidität der Krankenpflegepersonen im allgemeinen konnte ja konstatiert werden, daß in jenen Spezialheilanstalten, welche wir unter dem Sammelnamen Lungenheilstätten verzeichnen, die Ansteckungsgefahr eine nahezu verschwindende ist. Es durfte darum die Gelegenheit nicht vorübergelassen werden, die Zustände, wie sie in den offenen Kurorten bestehen, zu erwähnen.

Bei dem immer größer werdenden Bedürfnis nach Anlage neuer Heilanstalten für Tuberkulöse ist es von dem höchsten Werte zu wissen, ob die seßhafte Bevölkerung einer Ortschaft, wo Lungenkranke ihre Genesung finden sollen, durch diese Kranken selbst gefährdet ist. Bedauerlicherweise wird heute die Bevölkerung vollständig irregeführt durch Aberglauben und fehlerhafte Statistik. Viele Orte weigern sich Lungenkranke aufzunehmen, der Leidende wird wie ein Paria von Tür zu Tür geschickt, und Feigheit und Kleinmut siegen über die Gebote der Barmherzigkeit und Nächstenliebe. Es lagen wohl von einzelnen Kurorten statistische Daten vor, nirgends aber waren sie systematisch zusammengefaßt und amtlich beglaubigt. Diesem Übelstande haben wir in mehreren sorgfältig zusammengestellten und auf amtlichen Angaben fußenden Tabellen abzuhelfen getrachtet und sie werden neuerdings bestätigen, daß diese Lungenkranken von keinerlei nachteiligem Einfluß für die seßhafte Bevölkerung waren, daß im Gegenteile durch die verbesserten prophylaktischen Maßnahmen der Gesundheitszustand sich eher gebessert als verschlechtert hat. Endlich haben wir in einem Schlußkapitel eine Reihe von Vorschlägen zusammengestellt, welche wir nach unserem besten Wissen und Gewissen für die Reform der gesamten Krankenpflege in Deutschland sowohl wie in Österreich durchgeführt wünschen möchten, und von denen wir hoffen, daß sie auch seitens der religiösen Genossenschaften mit Wohlwollen begrüßt werden dürften.

Wir sind uns wohl bewußt, daß es sich hier nur um Vorschläge handeln kann, die je nach Land und Gebiet verbesserungs- und abänderungsbedürftig sein werden. Es werden hierbei so viele Fragen politischer, sanitärer, konfessioneller und sozialer Art berührt, daß es selbstverständlich ist, wenn dieselben überall reiflich und nach allen Seiten hin erwogen werden. Die Hauptsache bleibt, daß man das Gute, wo es erreichbar ist, ganz tue, bei Schwierigkeiten es wenigstens anbahne, und nur völlig Unerreichbares zurückstelle.

Endlich sei es uns gestattet, gewisse Reformen bei der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik anzuregen und auf die Notwendigkeit hin-

zuweisen, daß der Zusammenhang zwischen dem Berufe des Menschen, seiner Erkrankung und seinem Tode festgestellt werde.

Es ist ein großer Fortschritt unserer Zeit, daß als eine wichtige Grundlage geordneter Sanitätsverhältnisse die Statistik anerkannt wird. Um ein Übel zu heilen, muß man es erkennen, und diese Erkenntnis wird uns durch eine richtig angelegte und gewissenhaft betriebene statistische Forschung am besten vermittelt, zum mindesten aber erleichtert. Österreich und Deutschland können mit Recht und Stolz behaupten, daß sie seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts den Wert einer guten Statistik erkannt haben und eine Reihe glänzender, auch im Auslande nicht unbemerkt gebliebener Publikationen gibt Zeugnis davon, daß Männer vorzüglichster Qualifikation sich in den Dienst dieser großen Aufgabe gestellt haben. Dies gilt in Österreich namentlich mit Bezug auf die statistische Erfassung der Volksbewegung, der Rechtspflege, der Landwirtschaft, des Handels und Verkehres, der gewerblichen Betriebe, des Kredit- und Eisenbahnwesens. Aber auch im Sanitätswesen, durch eine Reihe von Untersuchungen der Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse haben sowohl die Publikationen der k. k. statistischen Zentralkommission, als die nicht minder vorzüglichen Veröffentlichungen aus dem Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern den Beweis erbracht, daß die in beiden Ämtern tätigen hervorragenden Männer der Wissenschaft, ich nenne nur die Namen Dr. v. Inama Sternegg und Dr. Kusý v. Dubrav, nicht nur ihrer Aufgabe vollkommen gewachsen sind, sondern daß sie auch die hohe Bedeutung jener Interessen verstehen, welche sie zur Ehre des Vaterlandes vertreten. Sind es ja doch kaum 10 Jahre, seit jene stürmische Bewegung für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege in der ganzen Welt erwachte, durch welche sich die Statistik fast unvermittelt vor eine Aufgabe von größter Schwierigkeit gestellt sah, eine Aufgabe, deren Bewältigung in Österreich bekanntlich ganz besonders schwierig ist. Die Verschiedenartigkeit der nationalen, sprachlichen, religiösen, kulturellen und gewerblichen Verhältnisse in den einzelnen Teilen der Monarchie ist allein schon Veranlassung genug, daß die amtlicherseits gegebenen Daten selbst für die Mortalitätsstatistik durchaus schwankend sind, nachdem laut den letzten amtlichen Publikationen ungefähr beim dritten Teile aller im Reichsgebiet vorgekommenen Sterbefälle die Todesursache nicht ärztlich beglaubigt werden konnte. Erwägt man ferner, daß in einer Reihe von Kronländern von 1000 Geburten kaum 70 Prozent unter dem sachverständigen Beistande eines Arztes oder auch nur einer Hebamme stattfanden, und daß es beim besten Willen und trotz der vorzüglichsten Dispositionen der Sanitätsverwaltung nicht möglich war, die Befolgung amtlicher Vorschriften zu erzwingen, so kann man die Schwierigkeiten ermessen, welche die amtliche Statistik empfindet, wenn sie auf so schwankender Grundlage arbeiten muß. Nichtsdestoweniger muß mit vollem Lobe hervorgehoben werden, daß in einer ganzen Reihe von Kronländern, so in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, in einem Teile der Alpenländer, namentlich aber auch in Böhmen und Mähren wesentlich bessere Grundlagen geliefert werden, wie sich auch die Wissenschaft der Statistik durch die

oben angeführten Hindernisse keineswegs aufhalten lassen dürfte, dem angestrebten Ziele nahezukommen. Wenn nun in den ersten 10 Jahren ernster sanitätsstatistischer Arbeit es als die oberste Aufgabe erschien, der Heilwissenschaft dadurch zu Hilfe zu kommen, daß die Sterblichkeit in ihrem Zusammenhange mit der Todesursache, dem Alter und mit dem Familienstande zu erfassen versucht wurde, so tritt nunmehr im laufenden Jahrhundert die ernste Aufgabe an uns heran, den Zusammenhang der Erkrankung und der Sterblichkeit mit dem Berufe des Menschen festzustellen.

Der Zusammenhang der menschlichen Berufstätigkeit mit der Krankheit und dem Tode ist nämlich ein so inniger, daß derselbe vor allem erforscht und festgestellt werden muß, wenn man von der Mortalitätsstatistik tatsächlich einen Nutzen für die Heilkunde, vor allem aber für die Volkswirtschaft erzielen will. Diese Anschauung, ich gebe es gerne zu, mag eine moderne, mit der Entwicklung unseres industriellen Zeitalters zusammenhängende sein. Mit den Fortschritten auf dem Gebiete des Handels und der Industrie, mit der Entwicklung des Eisenbahnwesens, mit der gesteigerten Anwendung der Elektrizität, ganz besonders aber mit dem ungeheueren Aufschwung des Verkehres, mit der dadurch bedingten Hast des Lebens und der Arbeit, mit den riesigen Anforderungen an unsere körperlichen und geistigen Kräfte erweitert und spezialisiert sich auch die Menge der Krankheiten, und immer neue Gefahren drohen der menschlichen Existenz und eifern den Arzt an, neue Mittel gegen diese neuen Übel zu ersinnen. Und es läßt sich auch in der Tat nicht leugnen, daß nicht nur die Chirurgie, sondern auch die interne Medizin in den letzten 10 Jahren wesentliche Fortschritte gemacht haben; namentlich auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten ist durch den sorgfältigen Ausbau der öffentlichen Gesundheitspflege viel Gutes und Segensreiches geschaffen worden.

Diesem Fortschritt ist die Statistik bis zur Stunde treu zur Seite gestanden, sie war dem denkenden Arzte nicht nur eine Stütze und ein Berater, sie war in vielen Fällen der Pionier für die Arbeiten des Arztes, der aus der statistischen Zusammenfassung Folgerungen ziehen konnte, die, wenn sie auch nicht immer vollkommen begründet waren, ihm doch auf die Spur des richtigen Weges verhalfen. Es ist aber natürlich, daß, je größer und je zahlreicher das Heer der Krankheiten wird, welche den Tod des Menschen verursachen, auch die statistische Forschung sich vertiefen muß, um die Rätsel zu lösen, vor denen wir stehen. Ist doch, um nur eines der vielen Beispiele anzuführen, die wahrhaft erschreckende Zunahme der Karzinomerkrankung eines dieser Rätsel. Hier sind wir, vom Messer des Chirurgen abgesehen, vorläufig vollkommen ratlos, und alles, was wir tun können, beschränkt sich darauf, die Umstände festzustellen, unter welchen diese schreckliche Krankheit auftritt. Der Beruf, die Erblichkeit, die klimatischen Verhältnisse, das Alter, die Ansteckungsfähigkeit, das alles sind Dinge, welche im Wege der Statistik gesetzmäßig erforscht werden können, und eine Unzahl literarischer Erscheinungen auf immer neu erworbenen statistischen Grundlagen wird

trachten, ein Licht in die Karzinomfrage zu bringen, wo die streng medizinischen, chemischen und physikalischen Forschungen bisher zu keinem einzigen positiven Resultate haben gelangen können. Wir sind bei der Tuberkulose allerdings zu erfreulicheren Resultaten der Heilkunde gelangt, doch können wir uns nicht verhehlen, daß wir auch auf diesem Gebiete erst am Anfang der Besserung uns befinden. Es wird auch hier noch vieler Jahre emsiger Forschung bedürfen, um den Zusammenhang dieser schrecklichen Krankheit mit den äußeren Lebensbedingungen, namentlich aber dem Berufe des Menschen, in aller Sicherheit festzustellen. Eine Reihe von Krankheiten, die Krankheit der Staubarbeiter, der Bleiarbeiter und der Glasarbeiter; die Phosphornekrose, die Wurmkrankheit, die Vergiftung mit Tiergiften und viele andere mehr werden ausschließlich durch die Schädlichkeiten eines bestimmten Berufes verursacht. Vor allem aber ist es das große Gebiet der Herz- und Nervenkrankheiten, welches in einem unmittelbaren Zusammenhange mit den Erscheinungen unserer Zeit steht und statistisch bisher fast gänzlich unerforscht geblieben ist. Alle bedeutenden Ärzte, wie Professor Freiherr von Krafft-Ebing, Professor Dr. Wilhelm Erb u. a. m. sind der Ansicht, daß die Zunahme des Irrsinns, der Paralysen, der Apoplexien und einer Reihe schon in jungen Jahren auftretender Herzkrankheiten, vor allem aber die sogenannten neurasthenischen Erscheinungen mit dem Berufe des Menschen in erster Linie zusammenhängen, und es muß uns daher daran liegen, den Kausalnexus zwischen der Berufstätigkeit und dem eintretenden Todesfall statistisch festzustellen, wenn dies nicht schon im Falle der Erkrankung amtlich zu fixieren möglich ist. Wie wichtig diese Wahrnehmung ist, beweist von vielen Beispielen die Spezialität der Erkrankungen von im Telephonbetriebe beschäftigten Personen. Jeder Arzt weiß heute, daß die Beschäftigung beim Telephon durch die Vielfältigkeit der Gespräche, die Häufigkeit der Läutsignale, die erhöhte Aufmerksamkeit auf das zu sprechende und zu hörende Wort, einen Zustand der Nervosität hervorbringt, den man gemeinhin „Telephonkrankheit" nennt. Welchen Umfang dieses Übel annehmen kann und welche Schutzmaßregeln dagegen anzuwenden sind, kann natürlich niemand so ohne weiteres bestimmen, man kann sich darüber nur dann klar werden, wenn man den Gang dieser Krankheit, ihr Anwachsen, ihren Heilungsprozeß verfolgt und sie auch statistisch anders behandelt als ein gewöhnliches Nervenleiden, welches seinen Ursprung auf ganz andere Ursachen, vielleicht auf Vererbung oder schwere frühere Krankheiten zurückführt.

Mit diesen kurzen Bemerkungen möchten wir die Einleitung schließen, welche wir unseren Studien vorausschicken zu müssen geglaubt haben.

Durch die ganze Arbeit zieht sich der schon bei ihrem Beginn betonte Grundsatz, daß die menschliche Gesellschaft vor allem erfüllt werden muß von wahrer Barmherzigkeit und Menschenfreundlichkeit, welche das Eigentum aller guten Menschen sein kann und soll, ohne Unterschied der Stände, der politischen Richtung und der Konfession. Erfüllt kann darum doch jedermann sein und soll es sein von dem Werte seines

Berufes, seiner Religion und seiner politischen Gesinnung. Denn es gibt glücklicherweise trotz der schroffen Gegensätze, welche dieses Jahrhundert entzweien, kein Gesetz, welches verhindern würde, daß das tief im Innersten der menschlichen Natur wurzelnde Gefühl barmherzigen Mitleides mit dem Leiden des Nächsten nicht siegreich zum Durchbruch gelangen könnte.

Aus solchen Empfindungen heraus ist diese Arbeit geschrieben, möge sie zum Siege verhelfen in dem Kampfe, der für einen edlen Zweck ausgekämpft werden soll.

Kapitel I.

Umfang der Krankenfürsorge und Krankenpflege in Österreich und Deutschland im Vergleich mit anderen Kulturländern.

Wenn es feststeht, daß die „Krankenpflege" in der wissenschaftlichen Welt eine so große Bedeutung gewonnen hat, so scheint es wohl an der Zeit, zu untersuchen, ob der moderne Staat und seine Organe sich ebenfalls dieser Bedeutung bewußt sind, und ob ihre Vorkehrungen und Maßnahmen derartig sind, daß eine vollkommene, einwandfreie Krankenpflege sich zu Nutz und Frommen der Bevölkerung einrichten und erhalten lassen kann. Zu dieser Untersuchung wählen wir uns die Gebiete der österreichischen und der deutschen Lande. Zu weit würde es uns führen, zu umfangreich würde sich unsere Analyse gestalten, wollten wir auch nur einen Teil der anderen europäischen oder gar der überseeischen Kulturreiche eingehender Darstellung unterziehen. Österreich und Deutschland, wohl vielfach verschieden in ihrer Nationalität, bieten doch in ihrer kulturellen Entwicklung viel ähnliches. Die Bevölkerung lebt unter ziemlich gleichartigen klimatischen Einflüssen, Industrie und Ackerbau sind in beiden Staaten hinreichend vertreten, Bildungsgang und Heereseinrichtung sind in ihren Grundlagen dieselben. Religiöse Genossenschaften sind bei der Krankenpflege sowohl in Deutschland als in Österreich tätig, kurzum eine ganze Reihe ausschlaggebender Momente, zu denen wir auch gewiß die freundnachbarlichen politischen Beziehungen beider Staaten rechnen können, sprechen dafür, gerade diese beiden Reiche zu besprechen und zu vergleichen.

Dabei wird nicht ausgeschlossen sein, in so mancher Richtung auch Vergleiche mit den Zuständen anderer Kulturstaaten zu ziehen. Namentlich wird des Musterlandes in der Krankenpflege, „Englands", dabei zu gedenken sein. —

In der Hauptsache aber möchten wir, wie eingangs erwähnt, nur ein Bild über die derzeitige Krankenfürsorge in Österreich und Deutsch-

land geben. Wir wollen die Grundlagen kennen lernen, auf welchen eine gute Krankenpflege in diesen Reichen möglich ist, und ob diese Grundlagen den Anforderungen entsprechen, welche wir an die Krankenpflege im modernen Staat stellen müssen.

A. Österreich.

Wenn wir nun einen Blick auf Österreich werfen, so tun wir das zunächst durch die Reproduktion der nachstehenden 3 Tabellen, wovon 1 die Entwicklung der Krankenanstalten und Betten von 1848 bis 1897 und 2 die Veränderungen in diesen 50 Jahren ziffernmäßig darstellen,[1]) während Tabelle 3 die amtlichen Ziffern von 1900, 1901 und 1902 wiedergibt. Ganz kürzlich ist auch in Österreich die Entwicklung des Spitalwesens von 1895 bis 1904 veröffentlicht worden. Aus dieser letzten und neuesten Darstellung geht hervor, daß die Zahl der Betten in den öffentlichen Anstalten soweit gestiegen ist, daß im Durchschnitt ein Bett auf 752 Einwohner kommt. Die Steigerung der Betten ist eine nicht unbeträchtliche und es läßt sich immerhin nicht leugnen, daß es gewiß an einem redlichen Bestreben nicht fehlt, die Sanitätsverhältnisse der Monarchie zu verbessern. Wie weit die Verhältnisse jedoch noch von einem befriedigenden Zustande entfernt sind, ergibt sich aus dem Umstande, daß zahlreiche Beobachtungen, namentlich im Deutschen Reiche festgestellt haben, daß in Hauptstädten auf 1000 Einwohner mindestens 5 Betten, also auf 200 Einwohner ein Bett, in ländlichen Gegenden für 400 Einwohner ein Bett zur Disposition stehen sollen und müssen.

Das Defizit an benutzbaren Krankenbetten in Österreich erscheint aber, z. B. gegenüber der Entwicklung im Deutschen Reiche, noch größer, wenn man weiß, daß die Hauptzahl der Betten ja in den volkreichsten Städten der Länder konzentriert ist und daß Deutschland nicht nur prozentuell eine viel größere Anzahl von Städten über 100.000 Einwohner zählt als Österreich, sondern daß dieselben sich auch viel mehr im Gesamtreiche verteilen als bei uns. Während wir nur 6 solcher Hauptstädte zählen, zählt Deutschland bei der ungefähr doppelten Einwohnerzahl deren bereits 39.

Am Anfang dieses Jahrhunderts gab es (siehe Bericht in den Münchner Neuesten Nachrichten Nr. 281) in Europa 136 Großstädte. Hiervon trafen auf das Deutsche Reich 33 (Berlin, Hamburg, München, Leipzig, Breslau, Dresden, Köln, Frankfurt a. M., Nürnberg, Hannover, Magdeburg, Düsseldorf, Stettin, Chemnitz, Charlottenburg, Königsberg, Stuttgart, Bremen, Altona, Elberfeld, Halle, Straßburg, Dortmund, Barmen, Danzig, Mannheim, Aachen, Braunschweig, Essen, Posen, Kiel, Krefeld und Kassel); Großbritannien 25 (London, Liverpool, Manchester, Birmingham, Leeds, Cheffield, Bristol, Bradford, Hull, Nottingham, Newcastle, Leicester, Portha-

[1]) Beide aus Illing, Öffentliche und private Einrichtungen zur Behandlung und Pflege Kranker in Anstalten. (Soziale Verwaltung in Österreich am Ende des 19. Jahrhunderts II. Band.)

mouth, Cardiff, Sunderland, Brighton, Preston, Plymouth, Southampton, Edinburgh, Glasgow, Dundee, Aberdeen, Dublin und Belfast); Frankreich 15 (Paris, Marseille, Lyon, Bordeaux, Lille, Toulouse, St. Etienne, Roubais, Nantes, Le Havre, Rouen, Reims, Nizza, Nancy und Toulon); Rußland 14 (Petersburg, Moskau, Odessa, Kiew, Riga, Charkow, Wilna, Saratow, Kasan, Rostow, Astrachan, Tula, Kischinew und Nischni-Nowgorod); Italien 12 (Neapel, Mailand, Rom, Turin, Palermo, Genua, Florenz, Bologna, Venedig, Catania, Messina und Livorno); Spanien 8 (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Malaga, Murcia, Zaragoza und Cartagena); Österreich-Ungarn 8 (Wien, Prag, Lemberg, Graz, Triest, Brünn, Budapest und Szegedin; Belgien 4 (Brüssel, Antwerpen, Gent und Lüttich); Holland 4 (Amsterdam, Rotterdam, Haag und Utrecht); Schweiz 3 (Zürich, Basel und Genf); Schweden-Norwegen 3 (Stockholm, Göteborg und Christiania); Portugal 2 (Lissabon und Oporto); Türkei 2 (Konstantinopel und Salonichi); Dänemark 1 (Kopenhagen); Griechenland 1 (Athen) und Rumänien 1 (Bukarest).

Die Aufstellung zeigt, daß bereits im Jahre 1900 rund der vierte Teil aller europäischen Großstädte dem Deutschen Reiche angehörte. Dieses für Deutschland günstige Verhältnis wird sich künftig noch erheblich mehr zugunsten des Deutschen Reiches entwickeln, denn die Zahl der reichsdeutschen Großstädte wächst von Jahr zu Jahr, während nach dieser Richtung in den übrigen Ländern Europas seit Jahren Stillstand herrscht.

Bald nach der letzten Volkszählung vom Jahre 1900 trat die badische Landeshauptstadt Karlsruhe in den Kranz der deutschen Großstädte; dann folgten Schöneberg und Rixdorf, die sich beide mit beispielloser Schnelligkeit von unbedeutenden Berliner Vororten zu Großstädten entwickelten. Inzwischen hat die rheinische Industriestadt Duisburg, die bei der letzten Volkszählung rund 93.000 Köpfe zählte, 100.000 Einwohner erreicht. Am 1. April 1903 wurde die Industriestadt Gelsenkirchen (Ruhrkohlenbezirk), die 1900 erst 37.000 Bewohner zählte, plötzlich eine Großstadt von 126.000 Einwohnern, da die Stadt an diesem Tage sämtliche Landgemeinden in der näheren Umgebung einverleibte. Eine neue Großstadt erstand am 1. April 1904 im rheinisch-westfälischen Industriebezirk Bochum. Diese Industriestadt, die 1900 erst 65.000 Einwohner zählte, verleibte am 1. April dieses Jahres 4 stark bevölkerte Vororte ein und erreichte dadurch über Nacht eine Einwohnerschaft von 108.000 Köpfen. Demnächst steht noch die Einverleibung der Gemeinde Altenbochum mit 8000 Seelen bevor. Dicht vor dem Eintritte in die Reihe der Großstädte steht die Stadt Mühlheim an der Ruhr, die mit ihrer Eigenbevölkerung von 38.000 Einwohnern die Einverleibung mehrerer dichtbevölkerter Vororte energisch anstrebt. Nach Vollzug dieser Einverleibung wird der nun 3300 Quadratkilometer umfassende Kohlenbezirk des Deutschen Reiches allein 5 Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern aufweisen: Dortmund, Essen, Gelsenkirchen, Duisburg und Mühlheim an der Ruhr. Das Deutsche Reich zählt demnach gegenwärtig 39 Großstädte, und von allen

Die Krankenanstalten in den Jahren 1848 und 1897 geordnet nach Kronlandsgruppen.

Tabelle 1.

Land	1848				1897			
	Kranken-anstalten	Betten	Verpflegte	Auf 1 Bett entfallen Einwohner	Kranken-anstalten	Betten	Verpflegte	Auf 1 Bett entfallen Einwohner
Niederösterreich	11	4038	36016	380	67	8524	100218	340
Oberösterreich, Salzburg	18	671	6363	1296	64	2140	17876	461
Steiermark	9	351	4824	2908	67	4118	40151	323
Kärnten, Krain	3	272	2172	2946	27	1904	17836	457
Küstenland	4	966	5773	520	11	2361	20807	304
Tirol, Vorarlberg	62	1930	7692	440	48	3582	17490	260
Böhmen	36	1581	10200	2832	146	9012	94761	670
Mähren, Schlesien	14	568	11890	4067	85	4031	40213	745
Galizien, Bukowina	28	1963	22780	2639	85	5499	71804	1420
Dalmatien	4	361	2700	1176	4	534	6216	1067
Österreich	189	12701	116410	1416	604	41705	427472	603

Veränderungen im Stande der Krankenanstalten in den letzten 50 Jahren.

Tabelle 2.

Jahr	Kranken-anstalten	Bettenzahl	Zahl der behandelten Kranken
1848	189	12701	116410
1853	221	14194	119769
1858	257	15314	120647
1863	286	18871	148270
1868	386	23140	211372
1873	467	25549	206383
1878	505	28466	237772
1883	549	31026	275211
1888	578	33831	311988
1893	626	38939	378974
1897	604	41705	427472

Ländern der Erde übertreffen es hierin nur die Vereinigten Staaten mit etwa 45 Großstädten.

Es ergibt sich daher aus dieser Zusammenstellung die Konsequenz, daß, während in Deutschland verhältnismäßig auf kleineren Territorien große Hospitalverwaltungen bestehen und dieselben von ihrer nächsten oder näheren Nachbarschaft alimentiert werden, bei uns große Länder-

Tabelle 3. Amtliche Mitteilung des

Übersicht 1900,

Kronland	Bevölkerungsziffer nach der letzten Volkszählung	In sämtlichen Krankenanstalten entfiel i. J. 1900 je 1 Krankenbett auf		Öffentliche Kranken-					
				1900			1901		
		behandelte Kranke	Einwohner	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten
Niederösterreich .	3061724	11·7	336	29	6653	82494	30	6649	84303
Oberösterreich .	803788	7·1	399	7	541	6102	8	609	7372
Salzburg	190823	7·5	218	1	350	4392	2	384	4698
Steiermark . . .	1347155	9·8	289	15	2785	31767	16	3000	32478
Kärnten	363002	10·5	348	3	744	8136	3	800	8063
Krain	505460	10·2	513	1	480	7569	2	505	8672
Triest samt Gebiet	176383	8·6	96	2	1527	14748	2	1527	15392
Görz u. Gradiska	231050	5·3	521	2	232	2009	2	232	2090
Istrien	337362	9·2	527	3	570	5494	3	560	5583
Tirol	842874	5·3	247	24	2730	16780	24	2692	17731
Vorarlberg . . .	128715	3·7	421	.	.	.	.	.	.
Böhmen	6277793	10·6	631	76	7708	90350	79	8064	99791
Mähren	2420445	11·3	709	13	2176	26870	13	2176	28697
Schlesien	676242	9·6	575	5	581	5733	5	591	6475
Galizien	7245074	14·0	1341	29	3707	59876	31	4077	63800
Bukowina . . .	726308	11·3	1107	4	586	6898	4	586	7975
Dalmatien . . .	587373	15·5	1092	4	538	8326	4	538	7735
Reichssumme . .	25921671	10·4	558	218	31908	377544	228	32990	400855

[1]) Nachdem die bezüglichen Daten für 1902 noch nicht vorliegen, wurden die ent-

k. k. Ministeriums des Innern.

1901 und 1902.

anstalten			Private Krankenanstalten								
1902			1900			1901			1902		
Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten
30	7728	87761	44	2246	24650	41	2384	26383	41	2384	28157
10	679	8124	47	1473	8283	49	1362	7829	47	1412	7720
2	414	4852	22	526	2160	23	474	2112	23	559	2177
16	3093	34290	57	1876	14123	67	2064	15652	67	2132	15790
3	800	8318	14	299	2820	14	292	2917	15	310	2970
3	525	9352	13	505	2451	12	465	2370	12	517	2901
2	1547	15659	4	320	1206	3	104	897	3	103	868
2	232	2259	2	211	369	1	25	92	1	30	93
3	570	5696	3	70	378	4	84	737	3	102	437
24	2946	18280	19	673	1237	21	727	1315	22	758	1462
.	.	.	5	306	1128	5	306	1126	5	306	1129
80	8282	105918	89	2243	15876	101	2498	17827	100	2640	18536
16	2372	30407	53	1238	11774	73	1439	12971	75	1332	12668
5	629	7131	20	594	5561	20	588	6069	20	657	6321
31[1])	4077[1])	63800[1])	58	1699	15532	56	1655	14746	56[1])	1655[1])	14746[1])
5	604	8415	2	70	491	2	70	488	2	70	492
4	538	8 32 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
286	36036	418184	452	14549	108039	492	14537	113981	492	14967	116462

sprechenden Ziffern für 1901 eingesetzt.

strecken solcher Konzentrationspunkte enbehren, und diese Gebiete entweder ohne Spitalspflege sind oder auf kleine, nicht gut funktionierende Anstalten angewiesen bleiben. Man soll daher, um ein richtiges Bild zu gewinnen, nicht die Bettenanzahl allein auf die Einwohner eines Staates verteilen, sondern man muß die Bevölkerungsverhältnisse und ihre Gruppierung in Erwägung ziehen. Geschieht dies, so ist das Bild von der Spitalsfürsorge in Österreich allerdings kein erfreuliches, trotz der höchst anerkennenswerten Bestrebungen der obersten Sanitätsbeamten, welche unausgesetzt auf die Verbesserung der Einrichtungen hinarbeiten.

Weit unzureichender als die Zahl der vorhandenen Krankenbetten in den Spitälern ist aber die Zahl der in Österreich zur Verfügung stehenden Pflegepersonen.

Schon den größten Schwierigkeiten begegnet es, die in Österreich wirkenden Krankenpflegepersonen überhaupt ziffermäßig festzustellen. Weitaus die Mehrzahl besteht aus Mitgliedern der geistlichen Genossenschaften römisch-katholischen Bekenntnisses, deren Bestand wohl in den Diözesan-Schematismen und Kongregationsverzeichnissen mühsam erhoben werden kann; auch findet man manchenorts die Zahl der im Krankendienste verwendbaren Schwestern angegeben; aber sie wechseln in den Orden, welche mehrere charitative Berufszweige ausüben, häufig diesen Beruf, und nur ein Bruchteil kann in die Zahl der effektiv ausübenden Pflegerinnen aufgenommen werden. Das Rote Kreuz hat leider nur eine verschwindend kleine Anzahl Pflegerinnen in Wirksamkeit, und ebenso verschwindend klein ist in Österreich die Zahl der evangelischen Diakonissinnen und Rudolphinerinnen, welche letztere übrigens unter die weltlichen Pflegepersonen aufgenommen erscheinen.

Diese weltlichen Pflegepersonen männlichen und weiblichen Geschlechtes statistisch zu erfassen, war aber ebenfalls für uns eine große Schwierigkeit. In der staatlichen Berufszählung erscheinen sie unter den Personen des niederen Sanitätsdienstes vermischt mit vielen Berufszweigen, z. B. mit den Hebammen und vermischt mit den Familienangehörigen, und es ist daher unmöglich, ein richtiges Bild zu gewinnen.

Aus ihrer Besteuerung ist aber ebenfalls kein Material zu schöpfen, denn nur selten bekennen sie sich zu einer Steuer. Es müßte daher der mühsame Weg betreten werden, zunächst die in den öffentlichen und privaten Spitälern wirkenden Pflegepersonen festzustellen, soweit dies tunlich ist, und sowohl für die geistlichen als weltlichen Pflegepersonen in der Privatpflege einen Schlüssel zu finden, der durch zahlreiche Proben in den Hauptstädten, in den Gemeinden unter 15.000 Einwohner und am flachen Lande die möglichste Genauigkeit verbürgte.

Hierbei wandten wir die folgenden Grundsätze für die Erhebung an. Was zunächst die Wärter in den öffentlichen und privaten Spitälern anbetrifft, so konstatieren wir, daß an Spitalswärtern beim Bestande von 46.457 Betten im Jahre 1900, inklusive der Privatanstalten, für je 10 Betten 1 Person gerechnet, 4646 Pflegepersonen beschäftigt sein müssen, da durch Stichproben festgestellt wurde, daß die Aufsicht einer Person sich durch-

schnittlich auf 10 Betten erstreckt. Rechnet man hierzu auf 36.061 Pfleglinge in allen Versorgungshäusern, Siechenanstalten, Seehospizen

5 Prozent an Wartepersonen, nämlich	1803
zuzüglich jener ausgewiesenen	4646
und 20 Pflegepersonen für nicht in Berechnung gezogene (Diakonie etc.)	20
so waren in österreichischen Spitälern tätig	6469

Personen, und zwar nach vorgenommener Zählung.

Hiervon Barmherzige katholische Schwestern	3454	
„ „ Brüder	250	
Zivilwartepersonen (darunter 5 Prozent männliche)	2765	
	6469	

In Privatpflege tätig waren

Barmherzige Schwestern	999
Zivilwartepersonen (darunter 5 Prozent männliche)	2461
Zusammen also an Wartepersonen in Österreich	9929

Hierzu wird bemerkt, daß die Zahl der Privatwartepersonen auf folgende Weise erhoben wurde. Nach wiederholter Zählung waren davon tätig in Wien 440 Personen, in einer mittleren Stadt von 10.000 bis 15.000 Personen 5 Personen und am flachen Land 1 Person pro 10.000. Hiernach ergab eine Durchschnittsberechnung für das Reich ein Pflegepersonal von 3460 Personen im ganzen. Was die Barmherzigen Schwestern betrifft, so wird nach genauer Schätzung und Zählung sowohl sämtlicher Diözesan-Schematismen, als der Zählung nach Kongregationen erhoben, daß 12.160 Klosterfrauen von beiläufig 20.000 Frauen im Jahre als tätig in der Krankenpflege angegeben sind; wenn wir davon nur 3454 als ausübend annehmen, so ergibt sich, daß ein großer Teil zeitweise zu anderen Berufen verwendet, teils in Reserve oder leidend, nicht aktiv wirken konnte. Um aber vollkommen sicher zu sein, wollen wir bei der Schlußsumme von 9929 Pflegepersonen in Österreich annehmen, daß volle 75 Prozent aller geistlichen Krankenschwestern auch fortwährend in der Krankenpflege wirkten. Es kommen also noch 4667 hinzu, so daß 14.596 oder rund

15.000 Pflegepersonen

in Österreich als tätig und wirkend anzunehmen sind, eine Ziffer, die aber zweifellos zu hoch und viel zu günstig sein dürfte.

Das Defizit an vorhandenen Heilanstalten und zur Verfügung stehenden Krankenbetten, ebenso wie der große Mangel an Pflegekräften in Österreich ist somit augenscheinlich und nicht abzuleugnen. Gegenüber den Verhältnissen in Preußen und im Deutschen Reiche ist die Zahl der Betten und die Zahl der Pflegekräfte um 200 bis 300 Prozente zu klein. Aber auch zu einer Reihe von anderen Staaten, die am Schlusse dieses Kapitels

in Vergleich gezogen werden, steht unser Vaterland in einem gewissen Mißverhältnisse.

Der Grund liegt in erster Linie darin, daß kein einheitliches Reichsgesetz vorhanden ist, welches bestimmte Faktoren zum Baue und zur Erhaltung der öffentlichen Krankenhäuser verpflichtet. Das Sanitätsgesetz vom Jahre 1870, welches sonst manche guten Seiten hat, füllt diese Lücke nicht aus. Nur zum Baue von Epidemiespitälern sind die Gemeinden verpflichtet, aber gerade hierin liegt eine beträchtliche Härte, geradeso wie die Länder durch die Übernahme der Verpflichtung zum Baue der Irrenhäuser und Geburtsanstalten in unglaublicher Weise belastet sind. Die Errichtung des Allernotwendigsten, der regulären Spitäler, verlangt kein Gesetz. In Wien besteht dafür seit Kaiser Josef II. Zeiten der von der Statthalterei verwaltete Krankenfonds, von dem wir ja wissen, daß er seiner Aufgabe in keiner Weise mehr gewachsen ist, und wir sehen, daß fast in jeder einzelnen Gemeinde und in jedem einzelnen Kronlande die Krankenfürsorge anders und in meist ungenügender Weise geregelt ist. Bald ist es eine Gemeinde, bald eine geistliche Genossenschaft, bald ist es die Provinz, bald irgend ein Wohltäter, der dem dringendsten Bedürfnisse abhilft, aber nirgends geschieht es nach einem bestimmten Grundsatze und Plane. Auch für die Erhaltung und die seinerzeit unbedingt notwendigen Erweiterungen gibt es keine feststehenden Grundsätze.

Unsere Sanitätsgesetzgebung, sagt sehr treffend in der „Neuen Freien Presse" vom 4. Juni 1904 ein sehr orientierter Fachmann, zeigt eine bedauerliche Lücke: sie läßt die Frage offen, welcher Faktor zur Errichtung von Spitälern verpflichtet ist. Epidemiespitäler zu errichten, ist nach den bestehenden Gesetzen Sache der Gemeinden; von der Errichtung regulärer Spitäler spricht kein Gesetz. Die Wiener k. k. Spitäler sind nicht Staatsanstalten im eigentlichen Sinne, sondern Anstalten des von der niederösterreichischen Statthalterei verwalteten Krankenhausfonds. Dieser Fonds hat eine sehr komplizierte, aber nicht uninteressante Geschichte. Im Laufe der Jahre hat sich sogar seine rechtliche Natur zu wiederholten Malen geändert, und erst in der allerjüngsten Zeit — gelegentlich der im Jahre 1891 durchgeführten, mit der Einbeziehung der Vorortegemeinden von Wien und der Einbeziehung der Vorortespitäler notwendig gewordenen Reformen — ist sie vertragsmäßig endgiltig festgestellt worden. Die Errichtung des Fonds reicht in die Regierungszeit Josefs II. zurück. Seiner Initiative entsprang im Jahre 1784 die Errichtung des „Allgemeinen Krankenhauses". In diesem wurde die öffentliche Krankenpflege zentralisiert, ihm wurde das im Jahre 1718 in der heutigen Waisenhausgasse errichtete „Spanische Nationalspital", welches mit dem im Jahre 1737 gegründeten „Dreifaltigkeitsspital" am Rennweg vereinigt wurde, angegliedert; ihm wurden die vorhandenen Stiftungen für Krankenpflege zugewiesen. Der so entstandene „Krankenhausfonds" war ein ziemlich beträchtlicher; aber schon im Jahre 1803 hatte er sehr erhebliche Schulden, zu deren Behebung eine „Holz- und Kohlensteuer" und Verlassenschaftsgebühren eingeführt wurden. Die erstgenannte direkte Steuer wurde im

Jahre 1829 in einen Zuschlag zu der neu eingeführten Verzehrungssteuer umgewandelt. So wurde der Krankenhausfonds amelioriert, aber die „Methode einer milden Systemlosigkeit", wie es im ersten Jahrbuche der Wiener k. k. Krankenanstalten heißt, brachte es mit sich, daß im Jahre 1863 infolge Herstellung von Neubauten der Schuldenstand des Fonds wieder zu einer bedenklichen Höhe angewachsen war, so daß man zu einer Erhöhung der Verpflegsgebühren schreiten mußte. Im Jahre 1866 trat abermals eine Erhöhung ein; im Jahre 1871 wurden durch Aufstellung eines „Wirtschaftsplanes" die verworrenen Verhältnisse des Fonds einigermaßen geklärt und ein aus zahlreichen Widmungen und Verpflichtungen sich ergebender Modus für die Berechnung der Verpflegsgebühren nach der dritten Klasse (es bestehen drei Verpflegsklassen) aufgestellt. In den Jahren 1876 und 1889 wurden die Verpflegstaxen neuerdings erhöht, sie blieben aber immer noch unter der rechnungsmäßig sich ergebenden Höhe. Die Einbeziehung der Vorortegemeinden mit den ihnen gehörigen Spitälern in die Hauptstadt und damit die Verminderung der Einnahmen des Krankenhausfonds aus der Verzehrungssteuer machte eine Neuorganisation des gesamten Spitalwesens notwendig, eine Abgrenzung der Verpflichtungen des „Krankenhausfonds" und die Lösung zahlreicher mit ihr in Verbindung stehender Fragen. Eine Klärung des Verhältnisses des Fonds zur Gemeinde Wien war notwendig. Diese erfolgte im Jahre 1891 durch ein Übereinkommen zwischen der Statthalterei als Verwalterin des Fonds, der Gemeinde Wien und dem Lande Niederösterreich und ging abermals mit einer Erhöhung der Verpflegsgebühren einher; die im Jahre 1894 verordnete neuerliche Erhöhung der Gebühren wurde gegen Erhöhung der Verlassenschaftsprozente zurückgezogen. Der Fonds aber, der ja zum größten Teile aus belasteten Gebäuden- und aus mehr oder weniger verklausulierten Zweckstiftungen besteht, ist heute noch passiv. Damit wurde die im Vorjahre eingetretene Erhöhung der Verpflegsgebühren begründet.

Nach dem im Jahre 1903 erschienenen „Jahrbuch der k. k. Wiener Krankenanstalten" betrug die rechnungsmäßige, auf Kopf und Tag entfallende Verpflegsgebühr nach der dritten Klasse im Allgemeinen Krankenhause 2 *K* 40 *h*, in einem Spitale etwas weniger, in den übrigen mehr, in zweien ganz erheblich mehr.

Allein die wiederholte Erhöhung der Gebühren hat den Fonds nicht zu sanieren vermocht, und daher erklärt sich der Versuch, welchen die Statthalterei in der jüngsten Zeit unternommen hat, dieses Ziel durch Ersparnisse in der Verwaltung der Spitäler zu erreichen.

Es würde über den Rahmen dieses Werkes herausgehen, sich in eine Kritik dieser Ersparungsmaßregeln einzulassen. Dagegen gebietet es die Gerechtigkeit, zu erwähnen, daß eine Verpflegsgebühr von 2 *K* 40 *h* mit den Gebühren anderer Länder und Staaten verglichen keine übermäßig hohe genannt werden kann. Aus der am Schlusse des Kapitels enthaltenen Übersicht wird man ersehen, daß beispielsweise im Deutschen Reiche die Verpflegsgebühren den unseren ziemlich das Gleichgewicht halten und sie teilweise sogar überragen. Das Betrübende dieser Zustände liegt eben

nur in der vollkommenen Unsicherheit der Verpflichtungsgrenzen, welche, wie schon öfters erwähnt, nur durch die Annahme des Grundsatzes beseitigt werden kann, daß die Erhaltung der Spitäler in jedem modernen Staate eine Staatsnotwendigkeit ist und sein muß, sobald alle anderen Hilfsquellen für diese Erhaltung versiegen.

Wenn einerseits in bezug auf die Entwicklung des Spitalwesens in Österreich, namentlich im Vergleiche mit dem Deutschen Reiche, noch große Lücken zu beklagen sind, so darf uns dies doch keineswegs zu dem falschen Schlusse führen, daß den sanitären Zuständen innerhalb der österreichischen Monarchie von seiten der Regierung, der Vertretungen der autonomen Körperschaften und der Bevölkerung überhaupt kein Interesse entgegengebracht würde. Vor allem muß bemerkt werden, daß die medizinischen Fakultäten der österreichischen Hochschulen nach wie vor mit ganz ausgezeichneten Männern besetzt sind. Die Wiener medizinische Schule vereinigt auch heute noch, wie ehemals zu Kaiser Josefs Zeiten, in denen unser erstes Krankenhaus mit dem Wahlspruche

Saluti et solatio aegrorum

gegründet wurde, Sterne erster Größe, und der Bau der neuen klinischen Anstalten in Wien wird den medizinischen Wissenschaften auch äußerlich ein wohnliches, dem Fortschritte angepaßtes Heim bieten.

Diesem Fortschritte entsprechend, welcher verlangt, daß der Hygiene — der Krankheitsverhütung — die größte Sorgfalt gewidmet werde, vollzieht sich seit 20 Jahren in der Monarchie von Wien bis herab zur kleinsten Gemeinde eine wahre Revolution. Wien hat wohl von allen größeren Städten Europas das beste, bakterienfreieste Quellwasser, aber wie gesagt, auch in kleinen Gemeinden ist ein gleiches Bestreben, die sanitären Verhältnisse zu verbessern, lebendig.

Bessere Kanalisierung, Verlegung der Kasernen in die Umgebung, Anlage von Tramways zu leichter Kommunikation sind an der Tagesordnung; die Städte erweitern ihre territorialen Gebiete und der Einwohner kann bessere Luft in einer Wohnung atmen, deren Erreichung ihm für wenig Geld möglich ist.

Neben diesen, von oben warm unterstützten Bestrebungen läuft die wahrhaft musterhafte Opferwilligkeit der meisten Provinzen und Länder in Österreich. Nur zu opferwillig und zum Schaden der ohnedies schwer belasteten Landesfinanzen fassen die Länder ihre Verpflichtung auf, die Irren- und Gebäranstalten zu bauen und zu erhalten. Wenn das neue 2000 Köpfe beherbergende Irrenhaus Niederösterreichs vollendet sein wird, dürfte z. B. das Land Niederösterreich in bezug auf die Irrenpflege nicht nur in Europa, sondern in der ganzen Welt das Land sein, wo am besten und ausgiebigsten für die Unterbringung der Geisteskranken gesorgt sein wird. Es war dies zu erwähnen notwendig, denn vor 40 Jahren hat das Land gegen Übergabe ganz ungenügender Fonds vom

Reiche eine Verpflichtung übernommen und erspart so dem Reiche Millionen und Millionen Kosten, obwohl es gewiß nur ein gerechtes Begehren wäre, wenn man diese Ersparnisse für die allgemeinen Spitäler reklamieren würde.

Freilich ist eine wirklich entsprechende Krankenfürsorge im modernen Staate nur dann möglich, wenn Hand in Hand damit die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Armen in den unvermeidlichen Notfällen des modernen Erwerbsleben vor sich geht; wenn die Armenversorgung durch die Gemeinde hierdurch entlastet und der Kreis derjenigen festgestellt sein wird, welche auf Krankenfürsorge und dadurch auf Krankenpflege gesetzlichen Anspruch haben. Dieser Grundsatz muß auch in unserer Arbeit immer und immer wieder betont werden, denn wenn wir von der Bedeutung und den Aufgaben des modernen Staates sprechen, müssen wir die sozialen Fundamente kennen, auf denen der Staat ruht, ruhen darf oder ruhen will. Die Ansichten nun, inwieweit durch die bei uns einstweilen eingeführten beiden Zweige der Versicherung Krankenversicherung und Unfallversicherung betrieben werden soll, gehen weit auseinander. Tatsache ist nur das Eine, daß die Benutzung der Krankenkassen gering ist, daß sie keinen Reservefonds ansammeln können und daß die Unfallversicherung vor drohendem Defizit steht. Es wird daher nicht unangemessen sein, hier, mit Weglassung aller politischen Exkursionen, das anzuführen, was Dr. Verkauf auf dem 1904 zu Wien tagenden Kongresse der österreichischen Krankenkassen gesagt hat, und die von diesem Kongresse angenommene Resolution wiederzugeben.

Das österreichische Ministerium des Innern veröffentlicht einen vorläufigen statistischen Bericht über die Krankenkassen im Jahre 1902. Danach waren im Jahre 1902 im ganzen 2939 Kassen tätig, und zwar 561 Bezirks-, 1303 Betriebs-, 11 Bau-, 876 Genossenschafts- und 164 Vereinskrankenkassen. Die Zahl der versicherten Personen betrug durchschnittlich rund **2,595.474**, darunter 572.576 weiblichen Geschlechtes. 172.397 Kassenmitglieder waren nicht versicherungspflichtig und sogenannte freiwillige Mitglieder. Am größten war der Mitgliederstand am 1. Juli (2,761.056), am kleinsten am 1. Februar (2,364.678). Zu Beginn des Jahres betrug die Mitgliederzahl 2,368.938, am Schluß des Jahres 2,397.955. Die Zahl der einzelnen Kassen hat abgenommen, aber die Mitgliederzahl ist um 2·2 Prozent gegen das Vorjahr gestiegen. Von den 2·6 Millionen Versicherten erkrankten 991.000 Personen in 1,235.000 Erkrankungsfällen mit 21·9 Millionen Krankentagen. Überdies wurde noch bei 52.113 Entbindungsfällen für 1,430.000 Tage Wochengeld, ferner 23.500mal Sterbegeld bezahlt. Von 100 Mitgliedern erkrankten 38·2 mit 47·6 Erkrankungsfällen von einer durchschnittlichen Dauer von 17·7 Tagen. Auf je 100 weibliche Mitglieder kamen 9·1 Entbindungen. Das Gesamtvermögen der österreichischen Krankenkassen beträgt 40·5 Millionen Kronen.

Die außerordentlich ungünstigen Verhältnisse dieser Krankenkassen, die geringe Anzahl der Versicherten, der traurige Zustand der Reservefonds hat eine große Bewegung bei den Beteiligten hervorgerufen. Auf einem soeben

stattgefundenen Krankenkassentage hat sich diese Bewegung Luft gemacht und ohne irgendwie Partei für alles zu nehmen, was auf demselben geschehen und beschlossen, scheint es, wie gesagt, von Interesse zu sein, sich hier ein Bild zu verschaffen, was für ein Programm die zunächst beteiligten Parteien, die Arbeiter, für die Reorganisation erhoffen (siehe Dr. Verkauf, Referat über die Reform).

Bei den Krankenkassen ist nicht alles Gold, was glänzt. Auch hier krankhafte Erscheinungen in Hülle und Fülle. In der Zeit von 1890 bis 1901 war jede zwanzigste Kasse ohne Reservefonds. In den drei Jahren seither haben 38 Prozent der Krankenkassen mit Gebahrungsdefiziten abgeschlossen. Wohl waren 1901 37 Millionen Reservefonds da. Aber was nutzt der Kasse A der Fonds der Kasse B? Die Salzburger Bezirkskrankenkasse hat z. B. kaum 14 Prozent ihrer Jahresausgabe als Reservefonds, die Bruderlade Laibach im ganzen 7 Prozent. Eine schwere ökonomische Krise, eine Epidemie, kann viele solcher Kartenhäuser umwerfen. Wenn es zu einer Katastrophe kommt, können Sie nirgends Hilfe erwarten.

Dabei arbeiten alle diese Institute mit hohen Verwaltungskosten und niedrigen Leistungen. Die meisten Unfallversicherungsanstalten hatten 1901 50 *K* Kosten für einen Ausgabenfall. Auf die Krankenkassen kamen durchschnittlich 4 *K* 15 *h* für eine Erkrankung. Und wenn man einem kranken Arbeiter durchschnittlich 1 *K* 5 *h* gibt, kann man das doch nicht eine Unterstützung nennen, die ihn gesund machen und seinen wirtschaftlichen Zusammenbruch verhüten soll.

Wir haben nahezu 3500 Kassen mit durchschnittlich 800 Mitgliedern. Aber wie schaut das im einzelnen aus? Erst bei den Betriebs- oder gar bei den Lehrlingskassen? Diese haben durchschnittlich 179 Mitglieder. In Sonneberg bei Komotau, sagte mir ein Delegierter, ist eine Lehrlingskasse mit sieben Mitgliedern. Die Hälfte aller Kassen hat weniger als 200 Mitglieder, 80 Prozent der Betriebs-, 85 Prozent der Genossenschaftskassen und 67 Prozent der Bruderladen haben weniger als 500 und auch jede vierte Bezirkskasse hat weniger als 500. Das Schönste leisten sich die Bruderladen. Sie sollen auch Invalidenversicherung, Witwen- und Waisenpensionen gewähren. Die Versicherungstechniker haben uns immer gesagt: für die Invalidenversicherung gilt das Gesetz der großen Zahl. 25 Bruderladen haben 10, 18 11 bis 25, 10 26 bis 50 und 20 51 bis 100 Mitglieder. Je größer die Kassen, desto geringer die Verwaltungskosten. Die Vereinskassen haben die meisten Auszahlungsfälle, durchschnittlich 1484, also 3 *K* 57 *h* Kosten für jeden Fall. Bei den Bezirkskassen mit 869 Fällen 4 *K* 7 *h*, bei den Genossenschaftskassen mit 160 Mitgliedern 6 *K* 8 *h*. Bei den Bruderladen ist für durchschnittlich 83 Auszahlungsfälle ein eigenes Institut da. Es gibt Krankenkassen, die ein Jahresbudget von kaum 1000 *K* haben. Die Lehrlingskassen haben durchschnittlich kaum 900.

Österreich soll nun folgende Zahlen von Menschen für die Krankenkassen aufbringen. 3000 Kassen — die Betriebskassen fallen hier weg — mit je 40 Delegierten; also 120.000. Gering gerechnet, braucht eine Kasse 15 Funktionäre, also 45.000 Funktionäre. Jeder 25. Versicherte ein Dele-

gierter, jeder 60. bis 70. ein Funktionär. Ist eine Kontrolle möglich bei einer solchen Vergeudung von Arbeitskräften, woran wir Mangel haben?

Wir haben viele Krankenkassen und keine Krankenversicherung, viele Unfallversicherungsanstalten und keine Unfallversicherung. Man spricht im Lande der Halbheiten von einer Teilreform. Die Kassen unter 500 Mitgliedern sollen wegrasiert werden.

Kein Zweifel: der Einheitskasse stehen große Hindernisse entgegen. Die Arbeiter können vielfach die Vereins- und Genossenschaftskassen nicht aufgeben, nicht die kleinste, weil sie hier mehr Selbstverwaltung und Unterstützung haben als in der Bezirkskrankenkasse. Da genügt es nicht, zu sagen: Die Kassen unter 500 Mitgliedern sind gestrichen. Die Unternehmer wollen ihre Betriebskassen nicht aufgeben. Wir kommen auf einen Durchschnitt von 5000 Mitgliedern. Aber in Salzburg und Galizien hätten wir noch immer Kassen mit 1200 bis 1500 Mitgliedern.

Keine Art von Kassen kann die Basis abgeben für eine Reform. Eine vollständig neue Einrichtung muß geschaffen werden. Die Forderungen ergeben sich von selbst: Verdichtung des Versicherungsmaterials durch Erweiterung des Kreises der Versicherten. Die zweite Forderung ist: ehrliche Selbstverwaltung. Die Reform kann nur den einen Weg betreten, daß die Grundlage die Einheitskasse ist mit Selbstverwaltung. Der Ausbau ist die Vereinigung der Kassen in Verbänden zur Gewährung von Unterstützungen in allen Fällen. Man kann auch separate Abteilungen für jeden Zweig schaffen. Ein Reichsverband wäre schließlich da, um die Risken auszugleichen. Da hätten Sie das einfachste und billigste Instrument: einfach für die Unternehmer, die nur mit einem Institut zu verrechnen hätten, einfach, weil nur eine Erhebung nötig ist. Vor allem wäre aber dieses Institut leistungsfähig; es könnte Einrichtungen treffen, die den Eintritt der Invalidität und des Todes hinausschieben.

Wenn die Regierung wirklich etwas schaffen will, was dauernde Leistungsfähigkeit gewährt, gibt es nur einen Weg: die Einheitskasse als Grundlage der gesamten Arbeiterversicherung.

Der Referent beantragt eine Resolution, in der es heißt:

„Die Grundlage der neuen Organisation kann nur eine Einheitskasse sein, die alle Arbeiter der Großindustrie, des Handwerkes, des Handels und Verkehres, des Bergbaues, der Landwirtschaft etc. eines Ortes oder eines Bezirkes umfaßt und die Entschädigung der Fälle vorübergehender Erwerbsunfähigkeit übernimmt. Die Krankenkassen eines größeren Territoriums sind zu Verbänden zu vereinigen, denen die Tragung der Lasten dauernder Invalidität (Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung) sowie der Witwen- und Waisenversorgung zuzufallen hat. Die Rückversicherung sowie die Vereinheitlichung und Zusammenfassung des ganzen Versicherungsgebietes haben durch einen Reichsverband und die Errichtung eines Reichsversicherungsamtes zu geschehen.

Den neuen Versicherungsinstituten ist als eine der wichtigsten Aufgaben die Durchführung von Maßnahmen der Unfallverhütung und

Krankheitsvorbeugung zuzuweisen und zu diesem Zwecke das Recht der Überwachung der versicherten Betriebe einzuräumen.

Bei den vielfach scharfen Gegensätzen, die zwischen den bestehenden Versicherungsinstituten herrschen, ist eine durchgreifende Neuorganisation, wie sie durch Gesetze der Wirtschaftlichkeit und die Anforderungen größerer Leistungsfähigkeit geboten erscheint, nur dann erreichbar, wenn der Kreis der Versicherten wesentlich erweitert, die Invaliditäts- und Altersversicherung, Witwen- und Waisenversorgung eingeführt und durch Sicherung der Selbstverwaltung die kleineren Interessen gegenüber den offensichtlichen gemeinsamen Interessen aller Versicherten zurückgedrängt werden. Ohne Erfüllung dieser Vorbedingungen ist keine wie immer geartete Reform der Organisation durchführbar.

Soviel berücksichtigenswertes auch in diesen Grundsätzen vorhanden und so sehr sie dem Standpunkte des Arbeiters entsprechen, so sehr muß doch auch hier betont werden, daß nach unserer wirtschaftlichen Entwicklung in Europa und jenseits des Ozeans keineswegs der Arbeiter **allein** mehr der Bedürftige im Staate ist. Der kleine Beamte und namentlich der kleine Landwirt und Gewerbsmann befindet sich sehr oft mindestens in derselben Lage und wacht darüber, daß der Arbeiter keine privilegierte Stellung einnehme, wenn es sich um staatliche Unterstützung handelt. Wir wollen in diese Materie nicht tiefer eindringen, aber erwähnen müssen wir, daß wir bei der Krankenfürsorge nie den Arbeiter allein, sondern den „**Armen**" überhaupt nennen. Für den Armen muß der Staat bei Krankheit und Unglück, namentlich im Alter und bei Erwerbslosigkeit eintreten. Man erschrecke nicht vor den großen Opfern; schon die vollkommen veränderte Armenversorgung wird gegenüber den heutigen Zuständen den Ländern und Gemeinden und dadurch auch der Industrie wesentliche Erleichterung bringen und manche heute kaum mehr zu ertragende Last wird zu ertragen dann wieder möglich sein.

Daß der moderne Staat durch die Erweiterung der auf „Krankheit" versicherten Kreise wird daran denken müssen, seine Spitäler zu vermehren, ist selbstverständlich; eine lebhaftere Beteiligung seitens der gewerblichen Arbeiter mit jenen Leiden, welche der Beruf mit sich bringt, wird allein schon manches neue Krankenbett in Anspruch nehmen. Professor Dr. Sternberg hat auf dem obengenannten Krankenkassentage über diese Berufskrankheiten eine lehrreiche Darstellung gegeben, die schon deshalb hier ihren Platz finden soll, weil sie mit dem Wunsche nach Vervollkommnung unserer Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik schließt.

Wenn man die beruflichen Krankheiten und die Unfälle zusammenfaßt, sagt Dr. Sternberg, so sind fast alle Berufe gleich gefährlich. Die Trennung von Unfällen und Berufskrankheiten ist nur eine künstliche. Wenn ein Steinmetz, ich möchte fast sagen, das Glück hat, daß ihm ein Steinsplitter das Auge verletzt, so wird das als Unfall behandelt und er bekommt seine Rente; wenn den anderen aber unzählige solcher Splitter in die Lunge dringen, und das nach und nach zur Erwerbsunfähigkeit

führen muß und führt, so erhalten sie keine Rente; denn das heißt dann nur eine Berufskrankheit und gibt nur Anspruch auf eine zeitlich beschränkte Krankenunterstützung.

Die Ursachen der gewerblichen Krankheiten sind teils geistiger, wie die Aufregung und Überanstrengung, teils materieller Natur. Es gibt Berufskrankheiten, die durch mechanische Schädigungen, wie Verletzungen, entstehen; andere werden durch eine besondere Körperhaltung oder durch eine besondere Anstrengung einzelner Organe hervorgerufen, so z. B. die Taubheit der Kesselschmiede durch den Lärm, der das Ohr schädigt. Weiter bringen einzelne Gewerbe Gesundheitsschädigungen durch Hitze und Kälte; sehr zahlreich sind die chemischen Schädigungen, die beruflichen Vergiftungen und Ätzungen. In neuerer Zeit bilden elektrische Schädigungen eine bedeutende Quelle von Gewerbekrankheiten in Betrieben mit hochgespannten Strömen. Endlich ist eine große Anzahl von Berufskrankheiten infektiöser Natur. Hierher gehören der Milzbrand und Erkrankungen durch Eiterorganismen. Eine beträchtliche Zahl Erkrankungsfälle kommt auf die Tuberkulose, die bei gewissen Gewerben als Berufskrankheit auftritt. Eine ganze Reihe von Betrieben führt auch zu sehr unangenehmen und langwierigen Erkrankungen.

Zu einer besonders großen Zahl von Erkrankungen geben Zellengewebsentzündungen der Haut Veranlassung. Ein Achtel, bei manchen Krankenkassen sogar ein Sechstel aller Erkrankungsfälle entfällt auf diese Erkrankungen. So bilden bei den Schuhmachern Zellengewebsentzündungen Abszesse einen sehr beträchtlichen Teil der Belastung der Krankenkasse. Kleine Verletzungen, die eitrig werden, kommen häufig bei Tischlern und Maschinenarbeitern vor. Die Übertragung der Eiterung erfolgt einerseits durch das Rohmaterial, anderseits durch die Putzlappen. Es besteht zwar die Vorschrift, daß die Lappen nur desinfiziert benutzt werden sollen; aber es kommt doch immer wieder vor, daß sie schmutzig weitergegeben werden. Die kleinen Verletzungen der Haut rufen eine außerordentlich große Zahl von Erkrankungen hervor. Auch hier sieht man wieder, wie künstlich die Unterscheidung zwischen Unfall und beruflicher Krankheit ist. Die große Verletzung gilt als Unfall, die kleine Verletzung mit ihren Folgen ist Berufskrankheit und belastet die Krankenkasse. In Betrieben, die nicht das Glück haben, in die Unfallversicherung aufgenommen zu sein, fällt auch der Unfall der Krankenkasse zur Last. Krampfadern und kleine Geschwüre an den Füßen treten bei einzelnen Gewerben als Berufskrankheiten auf. Bei Tischlern treten am Unterschenkel des linken Beines, bei Schriftsetzern und den Zuschneidern der Kleidermacher an beiden Beinen solche Geschwüre auf. Auch in großen Spiritusfabriken, wo die Leute bei der Arbeit stehen müssen.

Immer häufiger treten in neuerer Zeit bei den Arbeitern Erkrankungen des Nervensystems auf. Die Neurasthenie, die noch vor zehn Jahren bei Arbeitern selten konstatiert wurde, kommt jetzt schon recht häufig vor. Es ist das auf die gesteigerte Intensität der Arbeit zurückzuführen. Und da möchte ich meine Ansicht nicht unterdrücken, daß auch das

Bestreben nach Verkürzung der Arbeitszeit dazu Veranlassung gibt. Um zwischen den Forderungen der Arbeiter und denen der Unternehmer eine Verständigung zu erleichtern, stimmen die Arbeiter häufig zu, daß eine Verkürzung der Arbeitszeit eintrete, indem die Frühstücks- und Jausenpausen verkürzt oder ganz beseitigt werden. Das ist ja sehr gut für den Unternehmer, aber sehr schädlich für die Nerven der Arbeiter. Einen großen Teil der Nervenerkrankungen verursachen Alkoholvergiftungen, besonders in Betrieben, wo, wie in Brauereien, ein Teil des Lohnes in Alkohol verabreicht wird oder wo es an gutem Trinkwasser fehlt. Bleivergiftungen verursachen sowohl Lähmungen einzelner Glieder als auch epileptische Anfälle und Geistesstörungen und kommen in Hüttenwerken und bei Arbeitern, die Wasser- und Gasleitungsrohre legen, vor. Quecksilbervergiftungen sind die Hutmacher in besonderem Maße ausgesetzt, in Gummifabriken drohen Vergiftungen mit Schwefelkohlenstoff. Kurzsichtigkeit ist eine Berufskrankheit der Schriftsetzer, Uhrmacher und Kunststicker. Bei Schmieden und Leuten, die mit dem Transport schwerer Lasten beschäftigt sind und sich andauernd oder plötzlich schwer anstrengen müssen, treten Erkrankungen im Kreislaufe des Blutes auf. Die Verkalkung der Arterien, die sonst nur die Krankheit der Greise ist, tritt bei ihnen schon in früheren Jahren auf. In Zementfabriken und bei der Fabrikation von Chromsäure bekommen die Arbeiter in der Nase sehr schwere und langandauernde Geschwüre und Eiterungsprozesse durch Ätzung. Der Mehl- und Getreidestaub verursacht bei Bäckern und Müllern Verkleisterung in der Luftröhre, die zu Katarrhen, selbst zum Lungendampf führt.

Von den Infektionskrankheiten ist besonders die Tuberkulose zu nennen. Freilich gibt es da weitaus mehr Schlagworte als nachgewiesene Tatsachen von der Tuberkulose als Berufskrankheit. Die Entstehung der Tuberkulose hängt von soviel Faktoren ab, daß man in seinen Schlüssen sehr vorsichtig sein muß. Von sehr großem Einfluß sind die Lohnhöhe und die dadurch bedingte Lebenshaltung, aber auch die Auslese der Arbeiter. Gewissen Berufen wenden sich überhaupt schon die schwächlichen Leute und die, die von tuberkulösen Eltern abstammen, zu, weil sie anstrengendere Arbeiten nicht leisten können. Es wäre daher verfehlt, wenn man all die Tuberkuloseerkrankungen in diesen Gewerben dem Berufe aufkreidete. Viel hängt neben den Werkstäten auch von den Wohnungen ab. Es ist allerdings merkwürdig, daß die bestbezahlten und die schlechtestbezahlten Arbeiter, Schriftsetzer und Perlmutterdrechsler, die Tuberkulose zur Berufskrankheit haben. Ich möchte aber hier warnen, bei der Tuberkulose als Berufskrankheit zu leicht mit Schlagworten zu arbeiten.

Nun sollte ich zeigen, welche Berufskrankheiten die einzelnen Gewerbe haben, in welcher Zahl sie auftreten und wie die einzelnen gewerblichen Krankheiten die Krankenkassen belasten. Aber es gibt keine Statistik, die uns darüber Aufschluß gäbe, denn die behördlich vorgeschriebene ist nicht brauchbar. Eine brauchbare Statistik muß erst geschaffen werden. Von ihr müssen wir zunächst verlangen, daß sie uns genaue und bestimmte Auskunft über den Beruf der beschäftigten Personen gibt. Die heutige

Statistik der Krankenkassen, auch die der Genossenschaftskrankenkassen, gibt hierüber keinen Aufschluß, weil in diesen Kassen zu verschiedene Berufe zusammengewürfelt sind. Es gibt in Wien Arbeiterinnen, die mit der Erzeugung und Verpackung von Wundwatte beschäftigt sind; ihre Kranken erscheinen bei den Feinzeugschmieden ausgewiesen, denn sie sind dieser Genossenschaft eingereiht. Also die Statistik ist nicht zu verwenden. Ebenso wichtig wie die Trennung nach den Beschäftigungen wäre bei der Statistik der Krankenkassen die Angabe über die Höhe der Einzahlungen und den Lohn. Auch müßten innerhalb der Kassen die Krankheiten nicht im gesamten, sondern nach Betrieben ausgewiesen werden. Endlich müßte die Statistik besonders auf die Gewerbekrankheiten Rücksicht nehmen und diese nach der Kenntnis sachverständiger Ärzte und erfahrener Leute der Krankenkassen genau spezialisiert werden, z. B. müßten die Hautgeschwüre der Unterschenkel von den Geschwüren abgesondert, die Staubkrankheiten von den Erkrankungen der Atmungsorgane abgetrennt werden. Auf Grund einer solchen Statistik wäre gewiß dann die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten leichter. Direkte Maßnahmen gegen die Gewerbekrankheiten sind heute nicht möglich. Die Gesetze bieten keine genügende Handhabe. Bei auffallenden Fällen kann man wohl die Behörde verständigen und die Kassen können den Unternehmern in gütlicher oder weniger gütlicher Weise eine Erhöhung des Unternehmerbeitrages nahelegen, aber die Krankheiten zu bekämpfen, sind sie nicht in der Lage. Hier muß erst ausgebaut werden. Die Krankenkassen hatten ursprünglich den Zweck, die Arbeiter hauptsächlich vor den wirtschaftlichen Folgen der Erkrankung zu schützen. Über diesen Zweck sind sie aber bereits stark hinausgewachsen. Sie sind für die Gesundheit des Volkes schon zu ungeheurer Bedeutung geworden und ihre Entwicklung drängt dahin, Krankheiten zu verhüten, was ja die moderne Medizin noch für wichtiger hält, als das Heilen. Ihr Interesse für Rekonvaleszentenheime, Heilanstalten u. dgl. ist ein Zeichen dieser Entwicklung und die muß auch gefördert werden. Es ist wünschenswert, daß die Krankenkassen Träger einer Organisation werden, in der sie im Vereine mit den Gewerbebehörden, Gewerbe-Inspektoren und Sanitätsbehörden zusammenwirken, um die gesundheitlichen Gefahren von dem Volke von allen Seiten abzuwehren. Mir schwebt eine Zukunft vor, in der die Krankenkassen als Träger einer mächtigen Organisation zur Sicherung der Gesundheit unseres Volkes wirken, um alle Krankheitsgefahren von der Arbeit fernezuhalten und der Arbeit, die die Welt erhält, jene Gesundheit und Sicherheit zu geben, die das Wohl und Glück der Menschheit begründet."

Resolution:

Es ist notwendig, daß die Krankenkassen dem Vorkommen von Gewerbekrankheiten unter ihren Mitgliedern besondere Aufmerksamkeit schenken, ihre Statistik derart einrichten, daß die Gewerbekrankheiten nach Berufen und Betrieben ziffermäßig nachgewiesen werden können, und daß in jedem Falle eines häufigeren Vorkommens die nötigen Schritte bei

den zuständigen Behörden eingeleitet werden. Wünschenswert ist, daß eine Organisation geschaffen werde, welche ein ständiges Zusammenwirken der Krankenkassen, des Gewerbe-Inspektorates und der Gewerbebehörden ermöglicht. Diese Resolution wurde angenommen.

Krankenfürsorge und Krankenpflege stehen in Österreich, wie überall, im engsten Zusammenhange mit jenen die Welt beherrschenden sozialen Problemen, welche noch zu lösen sind zum Besten und zum Wohle der Armen und namentlich der arbeitenden Klassen. Gewaltsam pochen diese Fragen an unsere Tore, sie sind nicht mehr abzuweisen. — Nur auf dem Wege dieser besseren Fürsorge werden die sonst nicht mehr überbrückbaren Gegensätze von Arm und Reich sich ausgleichen und darum kann der moderne Staat sich dieser Lösung nicht entziehen. Die Wohltätigkeit des einzelnen, die charitative Tätigkeit einer frommen Genossenschaft ist etwas herrliches, aber damit allein ist die Frage der Fürsorge in einem Staate nimmermehr zu lösen. Alles drängt auch in unserem Vaterlande dazu, daß der Staat ergänzend eintrete und die Frage der Krankenfürsorge zu seiner eigenen Aufgabe mache, so große Opfer auch damit beansprucht werden.

B. Deutschland.

Wie den Abschnitt über Österreich, so wollen wir auch den über Deutschland zunächst durch 2 Tabellen einleiten, von denen No. 1 die jüngsten aus der Medizinalabteilung des Ministeriums zu Berlin kommenden Daten über die Anzahl der Heilanstalten, Betten und Pflegepersonen angibt, und No. 2 (aus den Aufzeichnungen Dr. Dietrichs), eine ganz detaillierte Liste dieser Pflegepersonen aus dem Jahre 1897 enthält.

No. 1. Heilanstalten und Pflegepersonen in Deutschland.

Im Jahre **1900** befanden sich in Preußen 3900 Heilanstalten (öffentliche und private) mit 214.000 Betten; in Deutschland 6300 mit 370.000 Betten.

Krankenpflegepersonal:

a) Katholisches: Barmherzige Schwestern in Preußen 14.543, in Deutschland 24.317 (nota bene nur solche, welche der Krankenpflege dienten), Barmherzige Brüder in Preußen 1064, in Deutschland 1292 (auch hier sind diejenigen, welche anderen Lebenszwecken, wie Unterricht, Seelsorge, beschauliches Dasein, dienten, nicht mitgerechnet.

b) Evangelisches: Diakonissen in Preußen 8508, in Deutschland 12.438, Diakonen in Preußen 1146, Deutschland 1731, evangelische Diakonenvereine in Preußen 629.

c) Jüdisches: Zahlen sind nicht genau, doch wird die Gesamtzahl 75 nicht übersteigen.

Das Rote Kreuz besaß Ende 1900: 981 Rote Kreuzschwestern in Preußen, 1448 in Deutschland. Sonstige interkonfessionelle 1423 Schwestern in Deutschland.

d) Die Zahl der sonst noch in Heimen organisierten sogenannten „wilden Schwestern" ist nur für Berlin und Vororte angegeben, sie betrug 34 Heime mit 33 Oberinnen und 262 Schwestern. Außerdem waren 303 Pflegerinnen und 89 Pfleger vorhanden, die selbständig der Privatpflege oblagen. Über die Zahl der Wärter und Wärterinnen in Preußen (Deutschland), welche 1900 sonst noch in der Krankenpflege beschäftigt waren, sind genaue Zahlen zur Zeit nicht vorhanden, jedoch wird es nicht zu hoch gegriffen sein, wenn dieselben auf **25.000** in Preußen und **40.000** in Deutschland geschätzt wurden.

Diese Ziffern sind schon in ihrer Hauptsumme so gewichtig, daß man diese nur mit hoher Befriedigung wird lesen können. Die Fortschritte sind so groß, die Ergebnisse so namhaft, daß man wohl sagen kann, hier steht Deutschland an der Spitze der Bewegung und des Fortschrittes.

Tabelle 2 gibt eine sehr detaillierte Übersicht aller Krankenpflegevereinigungen im Deutschen Reiche, wie sie für das Jahr 1897 von dem schon öfters zitierten Autor der „Geschichtlichen Entwicklung der Krankenpflege" Dr. Dietrich verfaßt wurde. Es war höchst wünschenswert, eine so fleißig zusammengestellte, in dieser Übersichtlichkeit nirgends bestehende Liste zu veröffentlichen. Man ersieht aus derselben die große Mannigfaltigkeit der in Deutschland wirkenden Krankenpflegepersonen, die wohlwollenden Unterstützungen, welche alle Konfessionen, Behörden und Stände denselben angedeihen lassen, die Aufmerksamkeit, die sie allerorts finden. Nur so ist es möglich gewesen und anderseits nur bei so großen Aufgaben war es möglich, die durch Reichsgesetz eingeführten allgemeinen Kranken-, Unfall- und Invalidengesetze plötzlich eintretende Bedürfnisfrage an Krankenpflegepersonen, zu lösen.

Deutschland, vor die Wahl gestellt, sich in bezug auf die sozialen Versicherungsgesetze, entweder für das Prinzip der freiwilligen Selbsthilfe mit Staatssubvention, wie in England und Frankreich, zu entscheiden oder für den Weg des gesetzlichen Zwanges, der allen Arbeitern die Kranken- und Invalidenversorgung zuteil werden läßt; Deutschland, das Land der allgemeinen Wehrpflicht und Schulpflicht, hat den letzteren Weg beschritten.

Es sind in der Alters- und Invaliditätsversicherung allein $13^1/_2$ Millionen Personen versichert, und wird die Versicherung zu gleichen Teilen von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezahlt. Für jede Invaliditäts- und Altersrente kommt ein Reichszuschuß von 50 Mark. Die Krankenunterstützung dauert in Deutschland 26 Wochen, dann kommt die Krankenrente, die im Durchschnitte 155 Mark beträgt und solange gegeben wird, als Aussicht auf Heilung ist. Bei gänzlicher Invalidität tritt in derselben Höhe, wie die Krankenrente, die Invalidenrente und die wirkliche Altersrente tritt mit dem 70. Jahre ein. Die Beitragszahlung beginnt mit dem 17. Jahre. Wenn ein Mädchen heiratet, bekommt es seine Beiträge zurückgezahlt. Die Beiträge

Tabelle 2. **Statistische Übersicht über die Krankenpflegevereinigungen in**

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
A. Die konfessionellen							
I. Die katholischen Orden und Kongregationen, soweit sie sich aus-							
Stand vom 1. Jannar 1897,							
a) Die Männer-							
1. Die Barmh. Brüder v. Orden d. heil. Alexius (Alexianer)	Aachen	.	.	231	.	.	.
2. Die Barmherzigen Brüder vom Orden Johanns von Gott (Barmherzige Brüder)	Breslau (schlesische Ordensprovinz)	.	.	158	.	.	.
	Montabaur	.	.	181	.	.	.
	Trier	.	.	156	.	.	.
				Sa. 495			
3. Die Franziskaner-Tertiarier	St. Josefshaus in Hansen bei Waldbreitbach	.	.	159	.	.	.
Gesamtsumme aller katholischen Männerorden . . .				885	.	.	.
b) Die Frauen							
1. „Arme Dienstmägde Christi"	Dernbach	.	.	.	.	.	.
2. Die Barmherz. Schwestern vom heil. Karl Borromäus (Borromäerinnen)	Trebnitz-Teschen	.	.	.	.	.	.
	Trier	.	.	.	.	.	.
3. Die Barmherz. Schwestern vom Klemens-Hospital in Münster (Westfalen) (Klemensschwestern)	Münster	.	.	.	.	.	.
4. Die Barmherz. Schwestern von der Regel des heil. Augustinus (Cellitinnen)	Köln Severinstr. 73	.	.	.	.	.	.
	Neuß	.	.	.	.	.	.
5. Die Barmherz. Schwestern von der göttl. Vorsehung	Mainz	.	.	.	.	.	.

[1]) Wo ein früheres Jahr der Berechnung zugrunde gelegt ist, wird dies besonders bemerkt.

Deutschland respektive Preußen nach dem Stande des Jahres 1897.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
Krankenpflegevereinigungen.[1])						
schließlich oder in der Hauptsache mit der Krankenpflege beschäftigen.						
Bereich des Königreiches Preußen.						
rden.						
10	.	.	.	.	.	
7	.	.	.	.	.	
11	.	.	.	.	.	
9	.	.	.	.	.	
Sa. 27						
7	.	.	.	.	.	
44	.	.	.	.	.	
rden.						
141	1219	.	.	.	.	
94	719	.	.	.	.	
52	829	.	.	.	.	
Sa. 146	Sa. 1548					
76	853	.	.	.	.	
13	287	.	.	.	.	
24	175	.	.	.	.	
Sa. 37	Sa. 462					
5	22	.	.	.	.	

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal			
				Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
6. Die Barmherz. Schwestern v. III. Orden d. heil. Franz	Gengenbach (Baden)	.	.	.	.	.	.
7. Die Barmherz. Schwestern v. Orden d. heil. Elisabeth	Essen	.	.	.	.	.	.
	Kulm	.	.	.	.	.	.
	Freiburg, Br.	.	.	.	.	.	.
8. Die Barmherz. Schwestern nach der Regel des heil. Vincenz v. Paul (Vincentinerinnen)	Fulda	.	.	.	.	.	.
	Hildesheim	.	.	.	.	.	.
	Nippes	.	.	.	.	.	.
	Paderborn	.	.	.	.	.	.
	Straßburg	.	.	.	.	.	.
9. Die Cellitinnen zur heil. Elisabeth	Köln, Antonsg. 7	.	.	.	.	.	.
10. Die Cellitinnen zur heil. Gertrud	Düren	.	.	.	.	.	.
11. Die Cellitinnen zur heil. Maria in der Kupfergasse	Köln, Schwalbeng. 3	.	.	.	.	.	.
12. Die Christenserfrauen n. d. Regel d. heil. Augustin	Aachen	.	.	.	.	.	.
13. Die Diener. v. Herzen Jesu	Wien	.	.	.	.	.	.
14. Die Dominikanerinnen	Arenberg	.	.	.	.	.	.
15. Die Elisabethinerinnen v. d. Regel d. heil. Franziskus	Aachen	.	.	.	.	.	.
	Breslau	.	.	.	.	.	.
16. Die Franziskaner-Tertiarierinnen	Marienhaus b. Waldbreitbach	.	.	.	.	.	.
17. Die Franziskanerinnen:							
a) Arme Schwestern vom heil. Franziskus	Aachen	.	.	.	.	.	.
b) Schwestern der Buße und der christl. Liebe (Schwestern d. III. Ord.)	Hamb.-Capellen	.	.	.	.	.	.
c) Schwestern v. d. heil. Familie	Löwen (Belgien)	.	.	.	.	.	.
d) Krankenschwestern n. d. III. Regel des heil. Franziskus	St. Mauritz bei Münster	.	.	.	.	.	.
e) Schwestern von der ewigen Anbetung	Mühlheim a. d. Möhme	.	.	.	.	.	.
f) Schwestern vom heil. Herzen Jesu	Salzkotten	.	.	.	.	.	.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
1	2	.	.	.	.	
15	147	.	.		.	
28	254	.	.	.	.	
2	5	.	.		.	
34	228	.	.	.	.	
19	194	.	.	.	.	
19	188	.	.	.	.	
68	716	.	.	.		
9	53	.	.	.		
Sa. 179	Sa. 1638					
2	25	.	.	.	.	
5	60	.	.	.	.	
9	128	.	.	.	.	
3	35	.	.	.	.	
3	24	.	.	.	.	
1	170	.	.	.	.	
4	143	.	.		.	
3	70	.	.		.	
52	595	.	.	.	.	
32	789	.	.	.	.	
13	507	.	.	.	.	
5	53	.	.	.		
88	777	.	.	.	.	
44	380	.	.	.	.	
27	290	.	.	.		
Sa. 209	Sa. 2796					

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
18. Die Frauen vom guten Hirten	Münster München Melaten	.	.	.	.	.	.
19. Die Hedwigschwestern	Breslau	.	.	.	.	.	.
20. Katharinerinnen	Braunsberg	.	.	.	.	.	.
21. Die Klosterfrauen v. Orden der heil. Maria u. Magdalena von der Buße	—	.	.	.	.	.	.
22. Die Mägde Marias von d. unbefleckten Empfängnis	Porembe	.	.	.	.	.	
23. Die Marienschwestern	Breslau	.	.	.	.	.	.
24. Die Schulschwestern von der Barmherzigkeit	Heiligenstadt	.	.	.	.	.	.
25. Die Schwestern d. christlichen Liebe	Paderborn	.	.	.	.	.	.
26. Die Schwestern vom heil. Geist (Augustinerinnen)	Moselweiß	.	.	.	.	.	.
27. Die Schwestern vom heil. Kreuz	Straßburg Ingenbohl (Schweinitz)	.	.	.	.	.	.
28. Die (Schwestern) Töchter vom heil. Kreuz	Lüttich (Belgien)	.	.	.	.	.	.
29. Die Schwestern v. III. Ord. d. heiligen Franziskus im St. Georgsstift	Thuine	.	.	.	.	.	.
30. Die Schwestern von der göttlichen Vorsehung	Münster Friedrichsburg	.	.	.	.	.	.
Gesamtsumme der katholischen Frauenorden der Krankenpflege in Preußen . .							
c) Katholische Ritterorden							
1. Der Königl. bayerische Hausritterorden vom heil. Georg	München (Sitz des Großmeisters u. der Administration)	.	110	.	.	.	Delegierte: 18 f. d. Kriegsschauplatz, 21 im Inlande Sa. 39 Delegierte.
2. Der Verein d. schlesischen Malteser-Ritter	Sitz des Baillis-Präs.: Schloß Falkenberg (Oberschlesien)	.	120	.	.	.	Sämtl. Mitgl., soweit sie nicht zur Fahne einberufen werden, etwa 60 Delegierte
3. Die Genossenschaft der Rheinisch-Westfälischen Malteser	Sitz des Baillipräsidenten: Münster	.	.	.	.	.	.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
6	257	.	.	.	.	
5	182	.	.	.	.	
5	68	.	.	.	.	
17	235	.	.	.	.	
1	31	.	.	.	.	
10	82	.	.	.	.	
6	81	.	.	.	.	
13	114	.	.	.	.	
14	167	.	.	.	.	
13	139	.	.	.	.	
1	5	.	.	.	.	
2	7	.	.	.	.	
10	199	.	.	.	.	
13	158	.	.	.	.	
30	322	.	.	.	.	
. 1037	11942	.	.	.	.	

(nach dem Stande vom Jahre 1897)

					200 (Angehörige kathol. Frauenorden Bayerns)	2 Krankenhäuser
.	.	.	.	.		
				20 (barmherzige Brüder)	700 (barmherzige Schwestern)	7 Krankenhäuser
.	.	.	.			
.	.	.	.	.	.	

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbediensteto etc.
II. Die evangelischen							
1. Die Diakonen in Deutschland (cf. Dietrich pag. 74)	cf. Dietrich pag. 74	nach dem Stande d. J. 1896 .	1711	1711	.	.	.
2. Die Diakonissen i. Deutschland (cf. Dietrich pag. 82)	cf. Dietrich S. 82	nach dem Stande d. J. 1897 .	9769	.	.	.	.
3. Der Diakonieverein	Herborn	nach dem Stande vom 20. Oktober 1897 .	860	.	.	.	.
4. Der Tabeaverein f. öffentliche Armen- u. Krankenpflege	Berlin	.	30	.	.	.	.
5. Der evangelische kirchliche Hilfsverein (Berliner Lokalverein)	Berlin	.	.	.	.	.	.
6. Der evangelische Ritterorden St. Johannis (Ballei Brandenburg)	Sitz des Herrenmeisters: Sonnenburg	nach dem Stande vom 1. Januar 1898 .	2495	.	.	.	1500
III. Die Vereine für jüdische							
1. Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen	Frankfurt a. M.	.	755	.	.	.	.
2. Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen	Berlin	.	.	.	.	.	.
IV. Die Vereine							
a) Die Landesvereine vom roten (Wo nichts anderes bemerkt ist, verstehen sich							
1. Preußen:							
a) Der Preußische Landesverein vom roten Kreuz (Männerverein)	Sitz des Generalkomitees Berlin	441	.	.	2081	7436	.

[1]) Die eingeklammerten Zahlen sind in der Gesamtsumme nicht mitgezählt, da sie bei den Zahlen der

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
Krankenpflegevereinigungen.						
1265	.	.	.	(421)[1])	.	
3683	.	.	.	.	(2500)	
34	21 Verb.-Schw. 308 aktive Krankenpflegerin 167 pass. Krankenpflegerin 496	.	.	.	.	
.	30	.	.	.	Sämtl. Schwest. stehen i. Kriegsfall zur Verfüg. des Vaterländ. Frauenvereines in Berlin	
.	(90)	. .	.	.	.	Beschäftigt 90 Diakonissen der verschied. Häuser in d. Gemeindepflege in Berlin
.	758 Johann.-Schwest. (davon 573 felddienstfäh.		.	1500 Deleg. etc. 421 Diakonen 1921	1573 Diakonissen 573 Johanniter. 2146	47 Krankenhäuser
Krankenpflegerinnen						
.	15	.	.	(12)	.	
.	20 Vollschwest. 12 Lernschwest. 32	.	.	(18)	.	
vom roten Kreuz.						
Kreuz (Männer- und Frauenvereine).						
die Zahlen auf den Beginn des Jahres 1897.)						
.	.	900	.	9517	900	

großen Gruppen einbegriffen sind.

Tabelle 2. **Statistische Übersicht über die Krankenpflegevereinigungen in**

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
A. Die konfessionellen							
I. Die katholischen Orden und Kongregationen, soweit sie sich aus							
Stand vom 1. Jannar 1897							
a) Die Männer-							
1. Die Barmh. Brüder v. Orden d. heil. Alexius (Alexianer)	Aachen	.	.	231	.	.	.
2. Die Barmherzigen Brüder vom Orden Johanns von Gott (Barmherzige Brüder)	Breslau (schlesische Ordensprovinz)	.	.	158	.	.	.
	Montabaur	.	.	181	.	.	.
	Trier	.	.	156	.	.	.
				Sa. 495			
3. Die Franziskaner-Tertiarier	St. Josefshaus in Hansen bei Waldbreitbach	.	.	159	.	.	.
Gesamtsumme aller katholischen Männerorden . . .				885	.	.	.
b) Die Frauen							
1. „Arme Dienstmägde Christi"	Dernbach	.	.	.	.	.	.
2. Die Barmherz. Schwestern vom heil. Karl Borromäus (Borromäerinnen)	Trebnitz-Teschen	.	.	.	.	.	.
	Trier	.	.	.	.	.	.
3. Die Barmherz. Schwestern vom Klemens-Hospital in Münster (Westfalen) (Klemensschwestern)	Münster	.	.	.	.	.	.
4. Die Barmherz. Schwestern von der Regel des heil. Augustinus (Cellitinnen)	Köln Severinstr. 73	.	.	.	.	.	.
	Neuß	.	.	.	.	.	.
5. Die Barmherz. Schwestern von der göttl. Vorsehung	Mainz	.	.	.	.	.	.

[1]) Wo ein früheres Jahr der Berechnung zugrunde gelegt ist, wird dies besonders bemerkt.

Deutschland respektive Preußen nach dem Stande des Jahres 1897.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
Krankenpflegevereinigungen.[1])						
schließlich oder in der Hauptsache mit der Krankenpflege beschäftigen.						
Bereich des Königreiches Preußen.						
orden.						
10	.	.	.	.	.	
7	.	.	.	.	.	
11	.	.	.	.	.	
9	.	.	.	.	.	
Sa. 27						
7	.	.	.	.	.	
44	.	.	.	.	.	
orden.						
141	1219	.	.	.	.	
94	719	.	.	.	.	
52	829	.	.	.	.	
Sa. 146	Sa. 1548					
76	853	.	.	.	.	
13	287	.	.	.	.	
24	175	.	.	.	.	
Sa. 37	Sa. 462					
5	22	.	.	.	.	

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal			
				Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbodienstete etc.
3. Sachsen (Fortsetzung):							
b) Der Albertverein (Frauenverein)	Dresden	42	.	.	.	.	.
4. Württemberg. Der württembergische Sanitätsverein (Männer- und Frauenverein)	Stuttgart	.	.	.	.	835	.
5. Baden							
a) Der Landesverein vom roten Kreuz	Karlsruhe	20	2654	(10)	201	1240 davon 727 felddienstfäh.	56 Ärzte, 6 männliche und 120 weibliche Pflegekräfte im Inlande, 20 Ärzte, 4 männliche und 110 weibliche Pflegekräfte f. den Kriegsschauplatz u. 150 Rote Kreuz-Schwest. außerdem
b) Der badische Frauenverein	Karlsruhe	224	30993	.	.	.	.
6. Hessen:							
a) Der Hilfsverein vom roten Kreuz im Großherzogtum Hessen	Darmstadt	.	.	.	.	331	.
b) Der Alice-Verein	Darmstadt	17	3293	.	.	.	.
7. Mecklenburg:							
a) Der (Männer)-Landesverein v. roten Kreuz	Schwerin	17	1865	.	.	254	14 Ärzte
b) Der Marien-Frauenverein	Schwerin	9	1642	.	.	.	.
8. Oldenburg: Der Landesverein zur Linderung von Kriegsleiden. (Männer- und Frauenverein)	Oldenburg	.	1300	.	.	40	.
9. Sachsen-Weimar u. die thüringischen Staaten:							
a) Die Männer-Landesvereine	Weimar	.	.	8 ausgebild. Berufskrankenpfl.	.	332	.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
29	8 Borromäer.	170 Albertiner. 10 freiwillige Albertiner.		.	200	Der Verein beschäft. 8 Borromäerinnen
		180				
.	.	.	.	.	.	
.	(380)		.	1014	380	Die 380 Pflegekräfte besteh. aus Barmherz. Schwestern, Diakonissen und Roten Kreuz-Schwestern
52	.	290	.	.	.	
.	(39)	(76)	.	331	115	
.	.	76	.	.	.	
.	.	(18)	.	268	.	
10	.	18	.	.	12	
.	10		.	40	10	
.	(178)		.	340	178	

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
9. Sachsen-Weimar u. die thüring. Staat. (Fortsetz.):							
b) Der Eisenacher Bezirksverein (Männerverein)	Eisenach	.	.	.	.	49	.
c) Das patriotische Institut der Frauenvereine im Großherzogtum Sachsen	Weimar	8 Zentralvereine m. 160 Lokalvereinen	.	.	.	.	.
10. Anhalt:							
Der Landesverband der vaterländischen Frauenvereine des Herzogtums Anhalt	Dessau	9	1873	.	.	.	.
b) Der Verband deutscher Kranken-							
1. Die Kahlenbergsche Stiftung in Magdeburg	Magdeburg	.	.	.	.	.	.
2. Der vaterländische Frauenverein in Berlin	Berlin	.	911	.	.	.	.
3. Der vaterländische Frauenverein in Elberfeld	Elberfeld	.	.	.	.	.	.
4. Der Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in Frankfurt a. M.	Frankfurt a. M.	.	.	.	.	16	.
5. Der Vaterländische Frauenverein in Kassel	Kassel	32	4566	.	.	.	29
6. Der Verein von Krankenpflegerinnen in Stuttgart	Stuttgart	.	.	.	.	.	.
7. Der Vaterländische Frauenverein in Frankfurt a. M.	Frankfurt a. M.	.	.	.	.	.	.
8. Der Wiesbadener Verein vom roten Kreuz	Wiesbaden	.	.	.	.	.	.
9. Der Marien-Frauenverein in Schwerin	Schwerin	.	.	.	.	.	.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
.	.	60	.	.	.	
.	.	118	.	.	.	
.	(9) + (4) = 13		.	.	.	
pflegeanstalten vom Roten Kreuze.						
.	.	21	.	.	**(21)**	
.	.	.	60	.	**(60)**	
.	.	32	.	.	**(12)**	
.	.	70	.	(16)	**(70)**	
.	.	73 Rote Kreuz-Schwestern 10 andere Schwestern	.	(29)	**(128)**	
.	.	.	.	.	**(50)**	
.	.	66 Olga-Schwestern	.	.	**(71)**	
.	.	57 Voll-Schw. 14 Lehr-Schw.	.	.	**(80)**	
.	.	(18) schon unt. IV *a* 7 *b* aufgeführt	.	.	**(12)**	

Tabelle 2 (Fortsetzung).

Name der Vereinigungen	Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes	Zweigvereine	Mitglieder	Männliches Krankenpflegepersonal: Barmherzige Brüder oder Diakonen	Freiwillige Krankenpfleger	Mitglieder von Sanitätskolonnen	Delegierte, Ärzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienstete etc.
10. Der Verband der Vaterländischen Frauenvereine der Provinz Brandenburg	Berlin	.	.	.	.	.	.
11. Der Vaterländische Frauenverein in Braunschweig	Braunschweig	.	.	.	.	.	.
12. Das Märkische Haus für Krankenpflege in Berlin	Berlin	.	.	.	.	.	.
13. Der Gräfin Rittbergsche Hilfsschwesternverein	Berlin	.	.	.	.	.	.
14. Das Anschar Schwestern- und Krankenhaus in Kiel	Kiel	.	.	.	.	.	.
15. Rotes Kreuz, Schwesternhaus für Köln und Rheinprovinz für Krankenpflege	Köln	.	.	.	.	.	.
16. Krankenpflege und Heilanstalt der bayerischen Frauenvereine in München	München	.	.	.	.	.	.
V. Der Deutsche Verein für							
Der Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien	Berlin	.	.	.	.	.	.
VI. Sonstige interkonfessionell							
1. Der Verein: Viktoriahaus in Berlin	Berlin	.	.	.	.	.	.
2. Der Frauenlazarettverein in Berlin	Berlin	.	.	.	.	.	.
3. Der Verein zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Bremen	Bremen	.	.	.	.	.	.
Gesamtsumme[1]) . . .		.	.	**2604**	**2202**	**11530**	**1708**

[1]) Die Gesamtsumme gibt nur das Ergebnis der Zusammenstellung des Personals der im Text beschriebene folgenden Vereinigungen eine vollständige Zusammenstellung des Personals zu erhalten. 1. Die außerpreußische hilfsverein in Hamburg. 4. Der Krankenpflegeverein für Schönebeck und Umgebung. Auch waren die erhaltenen Mit stellung an Vollständigkeit eingebüßt hat, namentlich durch das Fehlen der im Kriegsfalle zur Verfügung stehen gewährt sie immerhin einen genügenden Überblick über das vorhandene Krankenpflegepersonal, das auf zirk Delegierten geschätzt werden kann.

Zahl der Arbeitsfelder	Weibliches Krankenpflegepersonal: Barmh. Schwestern, Diakonissen, Diakonissenvereine, Johanniterschwestern u. jüdische Krankenpflegerinnen	Weibliches Krankenpflegepersonal: Rote Kreuz- oder sonstige Schwestern	Weibliches Krankenpflegepersonal: Kriegskrankenpflegerinn. od. Damen, d. Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: männlich	Gesamtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals: weiblich	Bemerkungen
.	.	15	.	.	(15)	
.	.	16	.	.	26	Im Kriegsfalle stehen dem Verein 6 Rote Kreuzschw. u. 10 Diakonissen zur Verfüg.
.	.	27	.	.	(18)	
.	.	22	.	.	(12)	
.	.	66	.	.	(54)	
.	.	64	.	.	(64)?	
.	.	75	11	.	(86)	
Krankenpflege in den Kolonien.						
.	(11)		.	.	.	Hat bish. noch keine eigenen Schw., sond. besch. 11 Schw. a. d. versch. Mutterhäusern
Krankenpflegevereinigungen.						
.	.	222	.	.	?	
		1894:				
.	.	37	.	.	?	
.	.	48	.	.	48	
.	23289	2757	60	15670	?	

Krankenpflegevereinigungen. Leider war es dem Verfasser nicht möglich, trotz wiederholter direkter Bitte von katholischen Orden etc. 2. Die Genossenschaft der Rheinisch-westfälischen Malteser. 3. Der vaterländische Frauenabteilungen in Beziehung auf die Kriegsbereitschaft bisweilen nicht ausreichend. Obwohl hierdurch die Zusammenden preußischen katholischen Krankenpflegerinnen, wie auch der Kriegskrankenpflegerinnen etc. überhaupt, so 5000 männliche und 27.000 weibliche geschulte Pflegekräfte, außer den 13.000 Mitgliedern von Sanitätskolonnen und

des Unternehmers verbleiben der Kasse. Auch wenn ein Arbeiter stirbt, der noch keine Invalidenrente bezogen hat, bekommen seine Ehefrau oder seine Kinder unter 15 Jahren die Beiträge zurück. Ebenso werden einem Arbeiter, der einen schweren Unfall erleidet und eine so hohe Unfallsrente erhält, daß er keinen Anspruch auf die Invaliditätsrente hat, die Einzahlungen zurückerstattet.

Wir finden diese Bestimmungen äußerst arbeiterfreundlich und getragen von einer wohltuenden sozialen Einsicht. Vor allem aber erscheint von größtem Werte, daß die Invalidenversicherungsanstalten schon Ende 1901 über $^1/_4$ Milliarde Mark für Arbeiterwohnungen, Kranken- und Genesungshäuser, Volksheilstätten und Bäder verwendet haben.

Ihnen vor allem ist die planmäßige Bekämpfung der Tuberkulose zu verdanken, über deren Erfolge die Daten der Tabelle 1 (Seite 61 u. ff.) und der dazu gehörige Text Auskunft geben werden.

Jetzt erst wird man begreifen, warum wir Krankenfürsorge und Krankenpflege in einem so innigen Zusammenhange mit der Lage der Arbeiter und Armenversorgung behandeln.

Zwei soziale Fragen, die gemeinsam gelöst werden wollen, und auch gelöst werden dürften angesichts der hohen und wertvollen Teilnahme, welche das Los der Armen und Kranken bei den Häuptern der in diesem Werke vorzugsweise besprochenen Staaten immer gefunden hat.

Der leidenden Menschheit zum Heile!

Meinen Völkern zum Segen!

Der Wissenschaft und der zu ihrer Pflege berufenen medizinischen Fakultät der Wiener Universität zu neuem Ruhme!

Se. Majestät Kaiser Franz Josef I.

in der Grundsteinurkunde der Klinik 21. Juni 1904.

Ich freue Mich, daß es gelungen ist, einen festen Stützpunkt für das gemeinsame Vorgehen aller Kulturländer gegen die verheerende Volksseuche (Tuberkulose) und zugleich ein neues Bindeglied für die zivilisierten Völker mit ihren auf die Wohlfahrt der Menschheit gerichteten Bestrebungen zu schaffen. Mein lebhaftes Interesse und Meine wärmsten Wünsche begleiten die treue und segensreiche Arbeit der in diesem Kampfe stehenden Vertreter von Wissenschaft und Praxis.

Wilhelm *I. R.*

BERLIN, den 23. Oktober 1902.

I. Die im Frühjahr 1904 betriebsfertigen deutschen Heilstätten für Lungenkranke.

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
1	**Hohenstein**	Hohenstein in Ostpr. oder Grieslienen	Verein z. Errichtung von Lungenheilst. i. Ostpr. E. V.	Dr. Liévin	1903 Okt.	50	.	3.— bis 4.—	48	.
2	**Grabowsee**	Oranienburg (Vorortzüge) oder Fichtengrund (Fernzüge)	Volksheilstätt.-Verein vom Roten Kreuz	Gen.-Oberarzt Dr. Groschke	1896	189	.	3.50	1018	37
3	**Belzig**	Belzig	Berlin-Brandenburger Heilstättenverein	Professor Dr. Moeller	1900	94 Bleichröd.-Stiftung 25		3.50	462	89
4	**Malchow**	Weißensee bei Berlin	Stadt Berlin	Dr. Reuter	1892	.	104 Winter 86	2.—	579	17
5	**Blankenfelde**	Blankenfelde bei Berlin	Stadt Berlin	Dr. Reuter	1893	.	79 Winter 63	2.—	433	27
6	**Gütergotz**	Neu-Babelsberg	Stadt Berlin	Dr. Elkan	1902	98	.	2.—	682	.
7	**Beelitz I**	Beelitz	Landesversicherungsanstalt Berlin	Dr. Pickert	1902	200	.	.	1027	.
8	**Beelitz II**	Beelitz	desgl.	Dr. Pickert	1902	.	102	.	435	.
9	**Kottbus**	Kolkwitz	Landesversicherungsanstalt Brandenburg	Dr. Bandelier	1900	.	104	3.75 bis 5.75	373	.
10	**Eberswalde**	Eberswalde	Verband der Vaterl. Frauenvereine d. Prov. Brandenburg	Dr. Heidemann	1898	30	.	3.50	.	.
11	**Rathenow**	Rathenow	Lungenheilstättenverein Rathenow	Oberstabsarzt Dr. Bock	1900	24	.	2.— bis 3.50	133	.
12	**Loslau O.-S.**	Loslau O.-Schl.	Heilstättenver. für Lungenkranke i. Reg.-Bezirk Oppeln	Dr. Schrader	1898	112	.	3.50 bis 4.50	426	36
13	**Slawentzitz, August-Krankenhaus**	Slawentzitz	Fürst zu Hohenlohe-Oehringen	Oberstabsarzt Stolzenburg	1898 1. Pavill. 1901 2. Pavill.	120	50	4.— bis 8.—	321	12

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
14	**Moltkefels, Nieder-Schreiberhau**	Nieder-Schreiberhau	Pensionsk. f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenb.-Gemeinschaft	Oberstabsarzt Dr. Muttray	1904	100	.	Wird erst eröffnet		
15	**Landeshut**	Landeshut in Schlesien	Volksheilstättenverein für die Prov. Schles., E. V.	Dr. Libawski	1904	.	70	4.—	Wird erst eröffnet	
16	**Obornik, Kronprinz Wilhelm-Volksheilstätte**	Obornik	Landesversicherungsanstalt Posen	Dr. Kahnert	1903	100	.	3.—	.	.
17	**Vogelsang**	Gommern	Provinzialvrb. d. Vaterl. Frauenver. d. Prov. Sachsen	Dr. Schudt	1899	.	200	3.50, I. Kl. 5.— 6.—	795	24
18	**Lostau**	Magdeburg	Magdeburger Heilstättenverein	Dr. Petzold	1902	80	.	3.50 bis 4.—	226	.
19	**Sorge**	Benneckenstein	Johanniter-Orden	Dr. Sobotta	1902	.	62	3.50 bis 5.50	229	2
20	**Apenrade**	Flensburg	Kreis Apenrade	Dr. Wiemer	1892	60	.	1.60 bis 3.—	.	.
21	**Königsberg**	Goslar	Landesversicherungsanstalt Hannover	Dr. Andrae	1895	70	.	3.12	281	.
22	**Erbprinzentanne**	Klaustal-Zellerfeld	Landesversicherungsanstalt Hannover	Dr. Wegener	1898	.	57	2.88	215	.
23	**Schwarzenbach**	Klaustal-Zellerfeld	Landesversicherungsanstalt Hannover	Dr. Wigand	1899	70	.	3.05	266	.
24	**Andreasheim**	St. Andreasberg	Landesversicherungsanstalt Hannover	Dr. Jacubasch	1903	.	43	.	.	.
25	**Sülzhayn-Steierberg**, 2 *km* vom Orte entfernt	Ellrich oder Benneckenstein im Harz	Norddeutsche Knappschafts-pensionskasse Halle a. S.	Dr. Kremser	1898	120	.	5.—	.	.

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
26	**Bad Rehburg**	Bad Rehburg	Königl. Kloster-Kammer zu Hannover	Dr. A. W. K. Müller	1901 15. Okt.	42		3.— 4.—	71	20
27	**Lippspringe I., Auguste Viktoria-Stift (kath.)**	Paderborn	Heilstättenver. für den Reg.-Bezirk Minden	Dr. Werner	1901 6. Nov.	59	.	3.50	305	2
28	**Lippspringe II., Auguste Viktoria-Stift (evang.)**	Paderborn	Heilstättenver. für den Reg.-Bezirk Minden	Dr. Werner	1901	62	.	3.50	250	.
29	**Lippspringe III., Johanniterhospiz**	Paderborn	Johanniter-Orden	Dr. Hinsch		36		2.—	.	.
30	**Lippspringe IV., BarmerMänner- u. Frauenheim**	Paderborn	BergischerVerein f. Gemeinwohl — Sektion Barmen	Dr. Brackmann	1900	25	25	4.25	162	49
31	**Lippspringe V., Luisenheim**	Paderborn	BergischerVerein f. Gemeinwohl — Sektion Elberfeld	Dr. Hinsch	1898	60		3.—	315	.
32	**Altena i. W., St. Vinzenz-Hosp**	Altena i. W.	Pfarrer Cramer Altena i. W.	Sanitätsrat Dr. Ries	1896	.	4 bis 6	3.—	.	.
33	**Altena i. W., Johanniter-Krankenhaus**	Altena i. W.	Johanniter-Orden	MedizinalratDr. vom Hofe	1867 Mitte Juni	.	12	3.—	52	.
34	**Lüdenscheid**	Lüdenscheid o. Augustental i. Westfalen	Kreis Altena in Westfalen	Dr. Stauffer	1898	100	.	3.50 für Einzelzimm. 5.—	506	4
35	**Hagen,Märkische Volksheilstätte Ambrock**	Haltestelle Ambrock d. Linie Hagen-Dieringhausen	Märkischer Volksheilstättenverband	Dr. v. Scheibner	1903 22. Okt.	120	.	3 50 für Einzelzimm. 5.—	55	.
36	**Beringhausen-Meschede**	Meschede a. d. Ruhr	Allgem. Knappschaftsverein Bochum	Med.-Rat Dr. Spancken	1904 Juli	114		Wird erst eröffnet		
37	**Godesberg**	Godesberg	Barmer Verein für Gemeinwohl	—	1898	.	30	2.— bis 3.—	122	30

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
38	**Rosbach, Stadtkölnische Auguste-Viktoria-Stiftung** (Volksheilstätte)	Rosbach an der Sieg	Kölner Heilstättenverein	Dr. Weischer	1902 Sept.	140	.	3.50 bis 6.—	772	.
39	**Ronsdorf**	Ronsdorf	Bergische Volksheilst. f. heilb. Lungenkranke G. m. b. H.	Dr. v. Mengershausen	1901 26. Nov.	130	.	3.50	711	.
40	**Grünewald**	Wittlich	Kreis Wittlich	Dr. Kaufmann	1902 15. Mai	74	.	3.50 bis 4.50	414	.
41	**Waldbreitbach**	Neuwied	Verband der Heilstättenvereine im Reg.-Bezirk Koblenz	Dr. Schüler	1903		120	3.50 bis 6.—	233	.
42	**Sonnenberg**	Saarbrücken	Kreis Saarbrücken	Dr. Henssen	1901	100	.	3.50	425	.
43	**Holsterhausen**	Werden a. Ruhr	Verband der Niederreinischen Kreise	Dr. Köhler	1902 Juli	112	.	3.50 bis 5.—	436	.
44	**Stadtwald Melsungen**	Melsungen	Pensionsk. f. die Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenb.-Gemeinschaft	Dr. Röpke	1904	120		Wird erst eröffnet		
45	**Ruppertshain**	Eppstein im Taunus	Frankfurter Rekonvaleszentenverein	Dr. Nahm	1895	90	38	3.10 bis 5.—	760	10
46	**Oberkaufungen**	Oberkaufungen	Vaterländischer Frauenverein zu Kassel	Dr. Bruhn	1900	76	36	3.— bis 5.—	519	.
47	**Nassauische Heilstätte bei Neurod, Taunus**	Niedernhausen (Taunus)	Nassauischer Heilstättenverein für Lungenkranke in Wiesbaden	Dr. Wehmer	1901 3. Nov.	50	32	4.— bis 7.50	269	14
48	**Dannenfels**	Kirchheimbolanden	Badische Anilin- u. Sodafabrik Ludwigshafen a. Rh.	Dr. Boyé, Kirchheimbolanden	1893	24	.	.	45	.

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
49	**Planegg**	Planegg bei München	Verein f. Volksheilstätten in Oberbayern	Dr. Krebs	1898 Nov.	123	.	3.50 bis 7.—	652	.
50	**Harlaching**	München	Stadtgemeinde München	Dr. Hörmann	1899	.	212	2.20 bis 3.50	541	68
51	**Engeltal**	Henfenfeld	Heilstättenverein Nürnberg	Dr. Bauer	1900	66	.	3.—	319	.
52	**Fürth i. B.**	Weiherhof	Stadtgemeinde Fürth	Dr. Hammelbacher	1903 25. Nov.	.	50	3.—	.	.
53	**Luitpoldheim**	Lohr a. M.	Verein z. Gründung ein. Sanat. für unbemitt. Lungenkranke in Würzburg	Dr. Pischinger	1901	56	.	3.—	168	5
54	**Albersweiler**	Albersweiler	Verein f. Volksheilstätten in der Pfalz	—	Wird erst eröffnet.					
55	**Albertsberg**	Rautenkranz oder Auerbach im Vogtland	Verein z. Begründung v. Volksheilstätten im Königreich Sachsen	Dr. Schulze	1897	138	.	3.50	655	16
56	**Carolagrün**	Oberschönheide Post Reiboldsgrün i. V.	Verein z. Begründung v. Volksheilstätten im Königreich Sachsen	San.-Rat Dr. Gebser	1900	.	123	3.—	431	33
57	**Wilhelmsheim**	Oppenweiler	Verein f. Volksheilstätten in Württemberg	Dr. Knapp	1900	119	.	3.50	565	14
58	**Friedrichsheim**	Müllheim-Badenweiler	Landesversicherungsanstalt Baden	Dr. Rumpf	1899	170	130 im Bau	.	924	.
59	**Arlen**	Arlen-Riela-singen(Baden)	Verein z. Heinrich-Hospital	Dr. Weibel	1897	.	10	3.—	50	2
60	**Sophienheilstätte**	Berka Ilm	Patriot. Institut der Frauenvereine f. d. Großh. Sachsen	Dr. Koppert	1898	98 (136)	.	3.50	618	3

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
61	**Römhild**	Römhild	Thüring. Landesversicherungsanstalt in Weimar	Dr. Servaes	1902 Okt.	.	80	3.70	41	.
62	**Ernst Ludwig-Heilstätte**	Höchst-Neustadt	Invalidenversicherungsanstalt Hessen	Dr. Lipp	1901	122	.	4.50	463	.
63	**Albrechtshaus**	Albrechtshaus bei Stiege im Harz	Landesversicherungsanstalt Braunschweig	Physikus Dr. Köhler, Hasselfelde	1897	86	.	3 28	270	.
64	**Marienheim**	Marienheim bei Stiege i. Harz	Landesversicherungsanstalt Braunschweig	Physikus Dr. Köhler, Hasselfelde	1899	.	30	3.29	105	.
65	**Bad Rehburg**	Bad Rehburg	Bremer Heilstättenverein	Geh. Sanitätsrat Michaëlis	1892	18	12	3.—	103	.
66	**Oderberg**	St. Andreasberg im Harz	Landesversicherungsanstalt d. Hansastädte in Lübeck	Dr. Billig	1897	115	.	4.53	534	.
67	**Glückauf**	desgl.	desgl.	Dr. Pantaenius	1900	.	100	4.50	304	.
68	**Edmundstal**	Bergedorf	Kuratorium d. Anstalt	Dr. Ritter	1899, 1902	100	60	2.—	518	.
69	**Alberschweiler**	Alberschweiler	Bezirk Lothringen	Dr. Francke	1900	56	.	3.50	157	8
70	**Saales**	Saales b. Rothau	Bezirk Unterelsaß	Dr. Scheib	1901	104		4.—	.	.
						Wird erst eröffnet				
71	**Altweier**	Rappoltsweiler	Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothr	Dr. Knittel	1903 Juni	.	50	3.50	106	.

Privat-Heilanstalten für Lungenkranke.

1	**Dr. Brehmers Heilanstalten, Görbersdorf**	Friedland und Dittersbach	Dr. Brehmers Erben	Dr. von Hahn, Oberstabsarzt a. D.	1854	300		4.— bis 10.—	512	.
2	**Dr. Th. Römpler, Görbersdorf**	Friedland und Dittersbach	Sanitätsrat Dr. Römplersche Erben	Dr. Joel	1875	80		9.— bis 11.—	239	.

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
3	Dr. Weickers Privatsanatorium „Marienhaus", Görbersdorf-Schmidtsdorf	Friedland oder Dittersbach, Bezirk Breslau	Dr. Weicker	Dr. Weicker	1888	25		7.— bis 8.—	112	11
4	Dr. Weickers Volkssanatorium „Krankenheim" in Görbersdorf	Friedland oder Dittersbach, Bezirk Breslau	Dr. Weicker	Dr. Weicker	1894	180	80	3.70 i. S. 4.— i. W.	1354	12
5	Reinerz, Dr. Schoens Heilanstalt	Reinerz	Dr. Schoen	Dr. Schoen	1899	24		4.50 bis 7.—	.	.
6	Reiboldsgrün	Auerbach im Voigtland	Hofrat Dr. Wolff und Professor Dr. Fleischer	Hofrat Dr. Wolff	1873	140		4.85 bis 11.—	594	4
7	Blankenhain	Blankenhain	Dr. Friedmanns Erben	Dr. Silberstein, prakt. Arzt	1885	12		6.50	66	5
8	St. Andreasberg	St. Andreasberg	Dr. Jakubasch	Dr. Jakubasch, Stabsarzt a. D.	.	14		4.— bis 7.—	.	.
9	Sülzhayn-Steierberg, 2 *km* vom Orte entfernt	Ellrich und Benneckenstein	Dr. Kremser	Dr. Kremser	1898	20		8.— bis 12.—	79	.
10	Kurhospitz des evangel. Diakonie-Vereins „Waldhaus"	Ellrich	Ev. Diakonieverein	Dr. Wiemann	1899	32		4.— bis 6.50	114	.
11	Sanatorium Kurhaus	Ellrich	Herren Hoffmann und Atmer	Dr. Wiemann	1898	20		5.— bis 6.50	106	.
12	Sanatorium L. Schäfer	Ellrich	Frau L. Schäfer	Dr. Wiemann	1901	13		4.— bis 4.50	78	.
13	Heilstätte Glückauf	Ellrich	Frau Th. Rassenberg	Dr. Wiemann	1901	31		4.—	167	.
14	Sanatorium Stubbe	Ellrich	Frau Jeanne Stubbe	Dr. Hirschfeld	1900	65		4.—	276	.
15	Bad Rehburg	Bad Rehburg	Geheimrat Dr. Michaelis	Geheimrat Dr. Michaelis	—	30		.	.	.

Laufende Nr.	Name der Anstalt	Nächste Bahnstation	Eigentümer	Chefarzt	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten für Männer	Zahl der Betten für Frauen	Tagespflegesatz Mark	Behandelt wurden 1903	Behandelt wurden in Freistellen bezw. zu ermäß. Preisen
16	**Hohenhonnef**	Honnef	Aktiengesellschaft Hohenhonnef	Sanitätsrat Dr. Meissen	1892	86		8.— Zimm. 2.— bis 5.—	296	23
17	**Falkenstein**	Cronberg am Taunus und Königstein i. T.	Aktiengesellschaft Falkenstein i. Frankfurt a. M.	Dr. Besold	1876	114		12.— bis 14.—	238	.
18	**Waldhof Elgershausen**	Katzenfurt	Teils Fürstl. Haus Solms, teils Dr. Liebe	Dr. Liebe	1901	66		4.— bis 8.—	246	
19	**Sanatorium Schömberg**	Höfen oder Liebenzell	Gesellschaft m. b. H. Sanator. „Schömberg"	Dr. Koch, Marinestabsarzt a. D.	1889	111		3.50 bis 10.—	351	12
20	**Schömberg II., „Neue Heilanstalt für Lungenkranke"**	Höfen oder Liebenzell	G. m. b. H.	Dr. Schröder	1899	65		7.— bis 10.—	250	12
21	**Schömberg III., Süddeutsche Heilanstalt für Lungenkranke**	Höfen oder Liebenzell	G. m. b. H.	Dr. Weber	1902	120		2.50 bis 4.50	573	.
22	**St. Blasien**	Titisee oder Albbruck	Dr. Sander und Dr. Maier	Dr. Sander	1881	80		7.50 Pens. 2—5	318	27
23	**Nordrach (Schwarzwald)**	Biberach-Zell (Schwarzwaldbahn)	Dr. Hettinger	Dr. Hettinger	1897	150		4.— bis 6.—	.	.
24	**Nordrach (Schwarzwald)**	Biberach-Zell (Schwarzwaldbahn)	Dr. Hettinger	Dr. Hettinger	1900	50		6.— bis 12.—	.	.
25	**Wehrawald**	Basel-Wehr	G. m. b. H.	Dr. Lips	1901	110		8.50 und 7.—	222	3
26	**Reichelsheim im Odenwald**	Reichelsheim	Wwe. Helene Göttmann	Dr. Sell	1897	.	65	3.50	160	.
27	**Eberbach bei Reichelsheim im Odenwald**	Reichelsheim	Georg Kriechbaum	Dr. Fischer	1899	zirka 30		4.— bis 5.—	.	.

II. Die Unterbringung in Heilstätten und zugehörigen Anstalten.

1. Ergebnisse der Heilstättenbehandlung.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt veröffentlichte bereits vor einigen Jahren eine Statistik, nach welcher von den aus deutschen Heilstätten entlassenen Kranken 72·2 Prozent als erwerbsfähig entlassen worden waren. Damit stimmten die Ergebnisse der Statistik des Reichsversicherungsamtes überein, von denen bei 71 Prozent ein Heilerfolg erzielt wurde, so daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes nicht zu besorgen war. Diese Ziffern geben noch heute den Durchschnitt des Kurerfolges an; denn soweit bei einer so schwierigen Materie überhaupt die Angabe von Ziffern möglich ist, bewegen sie sich auch im Berichtsjahre um diese Werte.

Die Erfolge hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit sind wegen der allmählich besser werdenden Auslese noch günstiger geworden. Im einzelnen wird berichtet, daß bei der Entlassung Erwerbsfähigkeit auf voraussichtlich längere Dauer vorlag:

	Kurerfolge in Prozent	Dauer der Behandlung in Tagen		Kurerfolge in Prozent	Dauer der Behandlung in Tagen
Loslau	87	98	Albertsberg	83	88
Grabowsee	98	81	Carolagrün	79	99
Belzig	51	100	Albrechtshaus	75	57
Gütergotz	90	60	Marienheim	80	58
Beelitz	96	84	Ernst-Ludwigheilstätte	82	84
Lostau	80	102	Friedrichsheim	86	64
Slawentzitz	50	146	Albersweiler	69	67
Vogelsang	77	94	Schömberg	64	72
Altena	76	84	Rosbach	70	52
Engeltal	88	91	Römhild	93	75

Nach einer Statistik über Heilerfolge des Reichsversicherungsamtes wurden auf Kosten der Invalidenversicherung im Jahre 1902 12.187 tuberkulöse Männer und 4302 tuberkulöse Frauen einer Heilbehandlung unterworfen, d. h. etwa fünfmal soviel wie im Jahre 1897. Die Anfangserfolge waren im Jahre 1902 die besten, die bisher erreicht wurden: Bei 78 Prozent der Behandelten wurde ein Heilerfolg erzielt, so daß Invalidität in absehbarer Zeit nicht zu besorgen war. Scheidet man aus dieser Statistik die Fälle aus, bei welchen nach Ablauf von 14 Tagen die Heilbehandlung abgebrochen wurde und daher von einer eigentlichen Kur nicht die Rede sein kann, so stellen sich die Anfangserfolge für 1902 auf 81 Prozent.

Auch die Dauererfolge bessern sich, wie Präsident Gaebel schon in der letzten Jahresversammlung des Zentralkomitees vorläufig mitteilte. Es liegen die Endergebnisse zweier fünfjähriger Kontrollperioden vor, und zwar von 1897 bis 1901 und von 1898 bis 1902. Danach hat der Heilerfolg am

Ende der ersten Kontrollperiode bei 27 Prozent der Behandelten angedauert, am Ende der zweiten Kontrollperiode bei 31 Prozent. Es ergibt sich somit eine Erhöhung des Dauererfolges um 4 Prozent.

Daß diese Ziffer über Dauererfolge (31 Prozent) unter Verhältnissen, die eine bessere Kontrolle der Arbeiterschaft mit gleichzeitiger Schonung der Heilstätten-Entlassenen gestatten, sich wesentlich günstiger gestalten kann, lehrt das Beispiel der Pensionskasse der Preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft, welche zirka 250.000 Arbeiter umfaßt. Die Mitglieder dieser Kasse bilden eine geschlossene Organisation und sind der Kontrolle der ebenfalls organisierten Eisenbahnärzte unterworfen. Nach der Statistik der Pensionskasse sind von den in Lungenheilstätten behandelten Eisenbahnarbeitern nach 5 Jahren noch 47·9 Prozent für erwerbsfähig befunden worden.

Daß fernerhin begründete Aussicht besteht, die Dauererfolge mit der sorgfältigeren Auslese wesentlich zu verbessern, dafür bietet die Statistik der Landesversicherungsanstalt für die Hansestädte einen Anhalt. Die dort gemachten Erhebungen über die Dauer der Heilerfolge hinsichtlich der Erwerbsunfähigkeit ergaben, daß von 3963 Personen, die in der Zeit von 1893 bis 1901 dem Heilverfahren unterworfen worden sind, Ende 1902 noch 2716 erwerbsfähig waren.

Über den Umfang und die Ergebnisse des Heilverfahrens bei der Pensionskasse für die Arbeiter der Preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft geben folgende Mitteilungen Auskunft:

Im Jahre 1903 wurden bei dem Vorstande der Arbeiterpensionskasse 1066 Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens gestellt, darunter 18 von weiblichen Mitgliedern. Abgelehnt wurden 113 Anträge. Genehmigt und durchgeführt bis zum Schlusse des Jahres wurde das Heilverfahren für 632 Lungenkranke (darunter 3 Frauen) und 306 mit anderen Krankheiten behaftete Kranke (darunter 15 Frauen). Der Kostenaufwand für die 632 Lungenkranken betrug bei 39.689 Verpflegungstagen 236.034·47 Mark, in welchem Betrage 66.223·86 Mark Familienunterstützung enthalten sind. Von den Eisenbahnbetriebskrankenkassen wurden 68.136·54 Mark anteilig erstattet. Die verbleibenden Selbstkosten für Lungenkranke betrugen demnach 167.897·93 Mark. Auf einen Lungenkranken entfielen durchschnittlich 62·8 Verpflegungstage zu durchschnittlich 4·28 Mark (ausschließlich der Familienunterstützung). Die Familienunterstützung betrug durchschnittlich für jeden der verheirateten 558 Lungenkranken 118·68 Mark. — Durchschnittlich betrugen die Verpflegungskosten einschließlich der Familienunterstützung für einen Lungenkranken 373·37 Mark. Die Krankenkassen erstatteten durchschnittlich für einen Kranken 107·81 Mark. Die von der Pensionskasse allein zu tragenden Kosten für einen Lungenkranken betrugen demnach 265·66 Mark.

Dauer der Kurerfolge in Heilstätten.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt führt über das Ergebnis der Heilstättenbehandlung seit dem Jahre 1896 eine Heilstättenstatistik. Die

Erhebungen erfolgen auf Grund von Formularen, welche an die einzelnen Heilstätten versandt und von diesen ausgefüllt werden. Die bis zum Jahre 1901 durchgeführte, etwas mehr als 6000 umfassende Bearbeitung des eingegangenen Zählkartenmateriales hat in bezug auf den Heilerfolg zu nachstehenden Feststellungen geführt:

Von je 100 Anstaltspfleglingen waren bei der Beendigung der Kur
- 67·3 vollständig erwerbsfähig für den alten Beruf,
- 7·1 vollständig erwerbsfähig für einen anderen Beruf,
- 14·6 teilweise erwerbsfähig,
- 11·0 nicht erwerbsfähig;
- 87·7 waren als geheilt oder gebessert,
- 8·8 als ungebessert,
- 3·1 als verschlechtert entlassen worden und
- 0·5 mit Tode abgegangen.

Am günstigsten waren die Behandlungsergebnisse bei den weniger vorgeschrittenen Erkrankungen (1. und 2. Stadium der Tuberkulose); der Prozentsatz der Heilungen und Besserungen stellte sich hier auf 95·2, beziehungsweise 89·9. Die Lehre, mit der Behandlung der Lungenschwindsucht so frühzeitig als irgend möglich zu beginnen, erscheint also auch statistisch wohl begründet.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Gewinnung zuverlässiger Unterlagen zur Beantwortung der Frage, wie lange die Heilerfolge andauern und welche Veränderungen in den erkrankten Lungen im Verlaufe der Zeit eintreten. Hierzu sind von Zeit zu Zeit wiederholte Untersuchungen der zu entlassenden Pfleglinge durch geeignete Ärzte erforderlich, am besten durch dieselben Ärzte, welche in der Heilstätte die Behandlung des Kranken geleitet haben. Einzelne Versicherungsanstalten lassen solche Untersuchungen schon seit einer Reihe von Jahren ausführen. Das kaiserliche Gesundheitsamt läßt systematische Nachuntersuchungen in den Heilstätten ausführen und wird demnächst mit der Veröffentlichung der Statistiken über einzelne Anstalten beginnen.

* * *

Die „Statistik der Heilbehandlung 1898 bis 1902", welche das Reichsversicherungsamt im Jahre 1903 veröffentlichte, enthielt betreffs der Dauererfolge nachstehende Zusammenstellung (siehe Tabelle S. 72).

Die Jahre 1899, 1900, 1901 und 1902 zeigen fast durchwegs bessere Ergebnisse in bezug auf Dauererfolge als das Jahr 1898, und damit auch bessere als das noch ungünstigere Jahr 1897, was jedenfalls auf die sorgfältigere Auswahl des Krankenmateriales auf Grund der seither gemachten Erfahrungen zurückzuführen ist. Während von allen 1898 überhaupt behandelten tuberkulösen Männern und Frauen nach Ablauf des zweiten und dritten Jahres einschließlich des Behandlungsjahres 45, beziehungsweise 38 Prozent noch erwerbsfähig waren, weisen die Tuberkulösen aus 1899 nach Ablauf der gleichen Zeiträume noch 48, beziehungsweise

40 Prozent und diejenigen aus 1900 sogar noch 49, beziehungsweise 41 Prozent aller Behandelten mit fortdauerndem Erfolge auf. Von allen Tuberkulösen des Jahres 1901 endlich werden nach Ablauf des zweiten Jahres einschließlich des Behandlungsjahres sogar 55 Prozent als erwerbsfähig gezählt. Vom dritten bis zum vierten Jahre einschließlich des Behandlungsjahres findet sich bei den Tuberkulösen der Jahre 1898 und 1899 nur noch ein Rückgang der Heilerfolge um je 5 Prozent. Auch nach Ablauf des fünften Jahres einschließlich des Behandlungsjahres sinkt die Zahl der erwerbsfähig Gebliebenen nur wenig, nämlich um 2 Prozent, so daß, wie dies übrigens auch schon aus der Heilerfolgskontrolle für das Jahr 1897 hervorging, mit dem dritten Jahre einschließlich des Behandlungsjahres sich im wesentlichen der Erfolg oder Mißerfolg einer Heilbehandlung Tuberkulöser übersehen zu lassen scheint.

Krankheitsgruppen und Geschlecht der behandelten Personen	Auf 100 ständig behandelte Personen					Auf 100 ständig behandelte und kontrollierte Personen													
	wurde bei Abschluß des Heilverfahrens Heilerfolg erzielt, so daß Invalidität in absehbarer Zeit nicht zu besorgen war					hat der 1898 erzielte Heilerfolg gedauert					hat der 1899 erzielte Heilerfolg gedauert				hat der 1900 erzielte Heilerfolg gedauert			hat der 1901 erzielte Heilerfolg gedauert		hat der 1902 erzielte Heilerfolg gedauert
	im Jahre					bis zum Schlusse des Jahres													
	1898	1899	1900	1901	1902	1898	1899	1900	1901	1902	1899	1900	1901	1902	1900	1901	1902	1901	1902	1902
Bei den wegen Lungentuberkulose behandelten Personen, und zwar:																				
a) bei Männern und Frauen zusammen .	74	74	72	77	78	68	45	38	33	31	67	48	40	35	66	49	41	71	55	74
b) bei Männern allein . . .	74	74	72	77	77	67	44	37	31	28	67	48	39	33	66	48	40	70	54	73
c) bei Frauen allein . . .	73	73	72	77	80	69	49	43	39	38	67	51	44	40	67	52	46	72	60	77

Die Pensionskasse für Arbeiter der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft veröffentlicht betreffs der Dauer nachstehenden Nachweis der bei Lungentuberkulose erzielten Heilerfolge. (Siehe Tab. S. 73.)

* * *

Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte übt das prophylaktische Heilverfahren seit 1892 und ist daher besonders imstande,

Nachweis der bei Lungentuberkulose erzielten Heilerfolge.

Jahr der Heilbehandlung	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Zahl der untergebrachten Kranken . . .	217	351	429	532	540	632
Ungeheilt entlassen	39	51	46	54	50	79
mithin geheilt oder gebessert	178=82·03%	303=85·59%	383=89·85%	478=89·85%	490=90·74%	553=87·5 %
1898 gestorben oder Invalidenrente erhalten	6					
Anfang 1899 noch erwerbsfähig	172=79·26%					
1899 gestorben oder Invalidenrente erhalten	35	7				
Anfang 1900 noch erwerbsfähig	137=63·13%	296=83·62%				
1900 gestorben oder Invalidenrente erhalten	19	38	18			
Anfang 1901 noch erwerbsfähig	118=54·38%	258=72·88%	365=84·11%			
1901 gestorben oder Invalidenrente erhalten	20	42	56	29		
Anfang 1902 noch erwerbsfähig	98=45·16%	216=61·02%	309=72·03%	449=84·40%		
1902 gestorben oder Invalidenrente erhalten	3	22	36	66	23	
Anfang 1903 noch erwerbsfähig	95=43·78%	194=54·80%	273=63·64%	383=71·99%	467=86·48%	
1903 gestorben oder Invalidenrente erhalten	8	18	27	47	58	32
Ende 1903 konnten einer Nachbesichtigung nicht unterzogen werden	2	2	3	4	6	5
Von den alljährlich einer Nachbesichtigung Unterzogenen (99·03% der erfolgreich Behandelten) sind somit Anfang 1904 erwerbsfähig	85=39·17%	174=49·15%	243=56·64%	332=62·41%	403=74·63%	516=81·65%

sichere Angaben über die Dauer der Heilerfolge zu machen. Die Resultate sind recht befriedigend:

Bis Ende 1902 waren länger als vier Wochen in Behandlung 4993 Personen.

Ende 1902 wurde bei allen, die bis Ende 1901 in Behandlung gewesen waren, zu ermitteln versucht, ob sie erwerbstätig waren.

Es wurde festgestellt, daß

von 3963 Personen 2716 erwerbstätig waren.

Seit Beendigung des Heilverfahrens waren folgende Zeiträume verflossen:

8 Monate bis 1 Jahr		2	Personen	= 0·1	Prozent
über 1 Jahr	„ 2 Jahre	566	„	= 20·8	„
„ 2 Jahre	„ 3 „	516	„	= 19·0	„
„ 3 „	„ 4 „	447	„	= 16·5	„
„ 4 „	„ 5 „	402	„	= 14·8	„
„ 5 „	„ 6 „	318	„	= 11·7	„
mehr als 6 Jahre		465	„	= 17·1	„

* * *

Die Versicherungsanstalt Oldenburg schreibt über Dauererfolge und die Zweckmäßigkeit des Heilverfahrens:

„Der erzielte Heilerfolg war beim Abschluß der Kuren im Berichtsjahre ebenso wie in den Vorjahren bei den Lungenkranken etwas günstiger als bei den übrigen Kranken (79 Prozent gegen 74 Prozent) Ebenso war der Dauererfolg, wenn auch einige Schwankungen vorkommen, doch im Durchschnitt bei den Lungenkranken bis jetzt nicht unerheblich günstiger, als bei den wegen anderer Krankheiten behandelten Personen. Der nächste Zweck, den die Übernahme des Heilverfahrens nach der Absicht des Gesetzes haben soll, die Verminderung der Rentenlast, kann gleichwohl wegen der bedeutenden Mehrkosten der Heilbehandlung bei den Lungenkranken weniger leicht erreicht werden als bei den anderen Kranken. Im Berichtsjahre betrugen die durchschnittlichen Kosten nämlich bei jenen 404·94 Mark, bei diesen aber nur 174·48 Mark, und das Verhältnis war in den Vorjahren ein ähnliches. Wenn aber immer noch die Einwendungen nicht verstummen, daß ein den Aufwendungen entsprechender Erfolg durch die Heilstättenkuren nicht erreicht werde, so muß auf Grund der jährlich wiederholten Ermittlungen nachdrücklich hervorgehoben werden, daß bisher in rund 8 Prozent aller Fälle durch die Heilstättenkur ein Erfolg erzielt wurde und in rund 40 Prozent aller Fälle im fünften Jahre nach Abschluß der Kur der Erfolg noch fortdauerte. Den Kosten steht ein mehr als dreifach höherer Gewinn an Arbeitskraft gegenüber.

Es darf überdies erwartet werden, daß die Aussichten auf dauernde Besserung in Zukunft günstigere sein werden, wenn die zur Erzielung eines Dauererfolges dringend wünschenswerte Ausdehnung der Kur über den üblichen Zeitraum von 13 Wochen hinaus für eine größere Zahl der Heil-

stättenpfleglinge durch eine Nachkur im Genesungsheim Sannum erreicht wird und diese besser gegen die schädlichen Einwirkungen der Berufstätigkeit geschützt in die letztere zurückkehren können. Gewiß würde es nicht richtig sein, wenn der Kampf gegen die Tuberkulose sich auf die Gewährung von Heilstättenkuren beschränken würde, und unsere Anstalt insbesondere ist bestrebt, die Ansteckungsgefahr durch die Unterbringung der Schwerkranken in Krankenhäusern im Wege der Invalidenhauspflege zu vermindern. Aber die Einwirkung auf den noch besserungsfähigen Kranken, daß er durch sein Verhalten weder sich noch anderen Nachteil zufüge, kann an keiner Stelle mit solchem Erfolge ausgeübt werden als in der Heilstätte, wo alles diesen Zwecken dienstbar gemacht ist.

Zur Beurteilung der freilich in den einzelnen Teilen des Anstaltsbezirkes sehr große Unterschiede zeigenden Verbreitung der Tuberkulose sei darauf hingewiesen, daß nach den Erhebungen über die Sterblichkeitsverhältnisse 1901 : 663, d. s. 12·6 Prozent aller Todesfälle, 1902 : 603, d. s. 11·8 Prozent aller Todesfälle durch Tuberkulose herbeigeführt sind, und bei den im Alter von 15 bis 60 Jahren Verstorbenen die Tuberkulose 1901 in 33·06 Prozent, 1902 in 31·74 Prozent, im Münsterlande sogar in 43·94 und 44 Prozent aller Fälle die Todesursache bildete."

* * *

III. Rückgang der Tuberkulose seit Einführung der Heilstättenbewegung.

Die Statistik des Kaiserlichen Statistischen Amtes in Berlin stellt nach der von Professor Dr. Mayet „25 Jahre Todesursachen-Statistik" (Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reiches 1903, III, Seite 162 bis 177) fest, daß in den deutschen Orten von 15.000 und mehr Einwohnern an Lungenschwindsucht von je 10.000 Lebenden nach den Mittelwerten für für die Jahrfünfte starben:

1877—1881	357·7
1882—1886	346·2
1887—1891	304·0
1892—1896	255·5
1897—1901	218·7

Besonders erfreulich ist im Hinblick auf die Tuberkulosebekämpfung die außerordentliche Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit im letzten Jahrfünft. Während dieses Jahrfünfts sind in den Orten von 15.000 und mehr Einwohnern 1·6mal weniger Personen an Lungenschwindsucht gestorben als im Jahrfünft 1877—1881.

Ähnliches geht aus der Statistik des Kaiserlichen Gesundheitsamtes hervor. Nach der von Geheimrat Raths aufgestellten Statistik über „Sterbefälle im Deutschen Reiche während des Jahres 1900" sind im Jahre 1900 in den mittleren Altersklassen von 15 bis 60 Jahren auf eine Million Lebende etwa 150 weniger an Tuberkulose gestorben als im Durchschnitt

Über-

über die Spitäler, Anstalten und Heimstätten zur Pflegeerziehung

	London				
	Öffentl. Spitäler über 100 Betten	Öffentl. Spitäler unter 100 Betten	Andere Institute zur Erziehung für Krankenpflege		Summe
Zahl der Spitäler	39	66	.	.	105
Zahl der Anstalten und Heimstätten	3	2	55	11	71
Summe der Spitäler und Anstalten	42	68	55	11	176
Zahl der Betten	16644	11274	.		27918
Zahl der auf eine Pflegerin entfallenden Betten	6·48	4·74	.	.	5·61
Zahl der Oberinnen	120	114	.	17	251
Zahl der Schwestern	378	2444	1650	605	7889
Zahl der Pflegerinnen (inklusive Schülerinnen)	2812				
Zahl der Hebammen	4	103	2	2	111
Zahl der männlichen Pfleger	9	10	22	60	101
Zahl der Masseusen	.	.	.	.	.
Summe des gesamten Pflegepersonales	3323	2671	1674	684	8352

Anmerkung: Die fettgedruckten Zahlen bedeuten — abgesehen von den Totalmehr enthalten sind, sondern nur in den „Totalsummen" inbegriffen erscheinen. — Die Daten, und zwar grenzen die Horizontallinien die Vertikalkolonnen von oben nach unten gedruckten Durchschnittszahlen der auf eine Pflegerin entfallenden Betten sind lediglich das

s i c h t

und das nachweisbare Pflegepersonal in Großbritannien.

England u. Wales					Schottland			Irland			Totalsumme
Öffentl. Spitäler über 100 Betten	Öffentl. Spitäler unter 100 Betten	Andere Institute zur Erziehung für Krankenpflege		Summe	Öffentl. Spitäler	Andere Institute zur Erziehung für Krankenpflege	Summe	Öffentl. Spitäler	Andere Institute zur Erziehung für Krankenpflege	Summe	
78	227	.	.	305	47	.	47	41	.	41	498
.	.	463	17	480	.	135	135	1	69	70	756
78	227	463	17	785	47	135	182	42	69	111	1254
20795	10474	54	21	31344	6234	.	6234	3437	.	3437	68933
7·87	6·16	.	.	7·02	4·8	.	4·8	4·17	.	4·17	5·4
174	256	105	18	553	77	18	95	61	9	70	969
496	205	3059	450	9077	109	566	1871	109	357	1378	20215
3079	1788				1196			912			
2	38	32	9	81	.	10	10	31	.	31	233
11	.	.	.	11	.	.	.	.	.	.	112
.	.	.	8	8	.	.	.	.	.	.	8
3762	2287	3196	485	9730	1382	594	1976	1113	366	1479	21537

summen — jene Endresultate, welche in derselben Abteilung in keiner anderen Summe durch doppelfeine Linien abgegrenzten Rubriken enthalten die Summen der vorangehenden gelesen ab, die Vertikallinien die Horizontalkolonnen von links nach rechts. — Die fett-arithmetische Mittel aus den Durchschnittszahlen der einzelnen Tabellen.

der acht Vorjahre, was einen Gewinn von zirka 4700 Menschen dieser Altersklasse bedeutet. Eine solche Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in dieser Altersklasse ist um so bemerkenswerter, als die Heilstättenbestrebungen bisher fast ausschließlich dieses erwerbsfähige Alter betrafen.

* * *

Es war mir sehr daran gelegen, die große Bewegung in der Bekämpfung der Tuberkulose als eine unmittelbare Folge der Altersfürsorge in Deutschland zu kennzeichnen, denn der Zusammenhang dieser beiden eminent wichtigen sozialen Fragen ist im Deutschen Reiche jüngst praktisch erwiesen worden. Aber außerdem kann die Ausbildung einer anderen Institution als musterbildlich hergestellt werden. — Es ist die Institution des Roten Kreuzes in Deutschland, die Friedenstätigkeit der deutschen Frauenvereine. — Gewiß liegt auch hier noch manches im ersten Stadium der Entwicklung, aber teilweise entsprossen bereits schöne Blüten den gelegten Keimen. So wie das Rote Kreuz mitten in Haß und Zwietracht entstanden ist, wie es entstand als ein Sinnbild der Barmherzigkeit im mörderischen Kanonendonner der Schlachten, so hat sich in dem brutalen Kampfe der materiellen Interessen unserer Zeit, in dem schrillen Gegensatze zwischen der Üppigkeit des Reichtums und der bitteren Armut der Besitzlosen die Fürsorge für den armen Arbeiter als ein geradezu zwingender Gedanke aufgedrängt.

Nur im Ausgleich dieser Gegensätze kann der moderne Staat sich erhalten.

Bevor wir die Mitteilung über die Krankenfürsorge in Deutschland schließen, möchten wir noch jener neuen Bewegung gedenken, welche sich in Deutschland die Erforschung der Karzinomerkrankung zum Ziel gesetzt hat.

Wir besprechen nun zum Vergleiche noch kurz die Verhältnisse in drei anderen Ländern Europas, in England, Italien und Rumänien, deren jedes von einer gewissen charakteristischen Eigentümlichkeit ist.

C. England.

Die Tabelle auf S. 76 und 77 gibt eine Übersicht der Spitalseinrichtungen Großbritanniens, jedoch nur solcher öffentlichen Charakters und ohne Beachtung der zahlreichen Privatsanatorien. Die Ziffern, welche klein erscheinen, sind den unseren gegenüber groß, und so kommt es, daß beispielsweise die Zahl der Pflegepersonen, welche wir mit 21.537 angeben, mindestens auf 100.000 geschätzt werden kann und muß. Interessant aber ist doch die große Vernachlässigung Schottlands und namentlich Irlands, was am besten daraus zu erklären ist, daß die Krankenpflege Großbritanniens ganz wesentlich von den reichen und fortwährend sich ergänzenden Stiftungen und Wohltätigkeitsakten influenziert wird. Diese

Wohltätigkeit erstreckt sich aber meist nur auf London, England und Wales. In Irland ist es hiermit am schlechtesten bestellt. Hier allein ist auch die katholische Charitas mit Erfolg tätig, und es wäre das Krankenwesen Irlands noch übler daran, wenn die katholischen Orden nicht Hilfe leisteten. Dagegen sind die großen Spitäler, namentlich in England, zumeist wahrhafte Musterinstitute, bei denen wohl ganz Europa in die Lehre gehen kann. Die ausgiebige Anzahl der Pflegepersonen auf ein Bett gibt davon schon Zeugnis, und außerdem die in den großen Spitälern daneben noch vorhandene viel größere Zahl von niederen Pflegepersonen. Im St. Georges Krankenhaus zu London kamen z. B. auf 350 Krankenbetten 24 Pflegeschwestern, 116 Wärterinnen, 22 Wartefrauen und Männer für die groben Dienste, so daß beinahe auf 2 Betten eine Pflegekraft entfällt.

D. Italien.

1. Anzahl der Zivilspitäler. Im Jahre 1899 zählte Italien 1367 Spitäler, wovon 1188 allgemeine Krankenhäuser, 20 Kinderspitäler, 2 für die akuten Krankheiten, 61 für chronische Krankheiten, 65 Irrenhäuser und 31 Gebäranstalten. Mehrere allgemeine Krankenhäuser enthalten getrennte Sektionen für spezielle Krankheiten (112 für Geschlechtskrankheiten, 185 für chronische Krankheiten, 63 für Irrsinnige, 104 Gebäranstalten).

In obiger Statistik wird kein Unterschied gemacht zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, aber sie sind beinahe alle der Öffentlichkeit gewidmet; mehrere erhalten Land- oder Gemeindesubvention. Beinahe alle Irrenhäuser sind Landesinstitute, 19 sind Sanatorien für Wohlhabende, 2 sind gerichtliche, vom Staat erhaltene Institute. Die kleineren Privathäuser zur Behandlung gewöhnlicher Krankheiten sind in unserer Statistik nicht inbegriffen.

2. Die Anzahl der Betten ist nominal auf 100.000 berechnet, wovon 65.000 in allgemeinen Krankenhäusern. Aber in oben angegebenen Krankenhäusern waren am 1. Januar 1899 80.256 Kranke anwesend, wovon 35.098 in allgemeinen Krankenhäusern; die Sektionen für spezielle Krankheiten sind nicht mitgerechnet: 783 in Spitälern oder getrennten Sektionen für Kinderkrankheiten, 820 in den Spitälern oder Sektionen für Geschlechtskrankheiten, 7916 in Spitälern oder getrennten Sektionen für chronische Krankheiten, 34.802 in Irrenanstalten und 836 in Gebäranstalten oder getrennten Sektionen.

3. Anzahl der Ärzte. Die Anzahl der Ärzte und Chirurgen ist nur für 889 allgemeine Krankenhäuser bekannt, diese beherbergen die größte Anzahl Kranke. Ende 1887 hatten diese Spitäler 54.390 Betten, davon 33.551 besetzte. In demselben Jahre wurde der medikale und chirurgische Dienst von 2871 Doktoren besorgt, wovon 1986 Primarärzte und 885 Assistenten oder Ersatzärzte (12 besetzte Betten für jeden Doktor).

4. Anzahl der Krankenwärter. In den 889 vorangenannten Spitälern, welche im Jahre 1887 33.551 besetzte Betten hatten, zählte man 6947 Krankenwärter. (1 für 5 Betten.) Sie teilten sich wie folgt:

	Männer	Frauen
weltliche	2616	2236
geistliche	85	2010

5. Zahlende Kranke. Auf 1000 Kranke, welche in obigen allgemeinen Spitälern im Jahre 1887 in Pflege waren, zählte man 713 zu Lasten der Anstalten selbst, 253 zu Lasten des Staates, der Länder oder der Gemeinden. Die Krankentaxe ist sehr verschieden, je nach den Anstalten und den Klassen. Das Minimum ist 1 Lire pro Tag, das Maximum ist 10 Lire. In Rom ist die tägliche Taxe für die arme Klasse, welche auf die kostenlose Aufnahme kein Anrecht hat, 2·33 Lire.

In den obzitierten Ziffern sind die Militärspitäler nicht eingerechnet.

E. Rumänien.

Es mögen hier zum Schlusse noch einige Mitteilungen über die Spitalspflege im Königreiche Rumänien, beziehungsweise Bukarest folgen, weil Rumänien das einzige Land mit vollkommen freier Pflege für die Armen ist und die Spitäler auch keinen Ersatz anzusprechen haben.

Alle Spitäler Bukarests haben ihren Ursprung in den Stiftungen der vor 200 Jahren (1695) regierenden Fürsten Maximilian Cantacuzino und Ghica. In dem Vermächtnis ist feierlich bekundet, daß „in diesen 14 Betten Menschen ohne Unterschied der Nationalität und Religion gepflegt werden sollen". Welche erhabene Menschenliebe vor 200 Jahren!

Im Laufe der Zeit vermehrte sich das Einkommen der Stiftungsgüter, dazu kamen noch spätere Vermächtnisse anderer Philanthropen und so stieg bis heute das jährliche Einkommen der Zivilspitäler auf 5 Millionen Franken. Die Zivilspitäler werden durch drei von der Regierung eingesetzte Personen, Ephoren der Zivilspitäler genannt, geleitet. Alle Kranken ohne Unterschied der Nationalität und Religion werden unentgeltlich aufgenommen, da für Zahlende gar kein Platz vorhanden. Für diese sind sehr gut geleitete Privatsanatorien vorhanden. Die Spitäler in Ploesti, Armascheschti, Cocosch, Sinaia und das Rekonvaleszentensanatorium für Kinder in Tekiv-Ghiol am Schwarzen Meere werden auch von der Ephorie der Zivilspitäler unterhalten, und dem Spitale zu Crajova wird eine jährliche Subvention von 30.000 Franken gegeben. In allen Spitälern werden auch ambulante Kranke mit Konsultationen und Medikamenten beteilt.

In Bukarest besteht ein besonderes, vom Fürst Brankovan gestiftetes „Brankovan-Spital" mit 200 Betten, das seine eigene Direktion hat und alle Kranken ohne Unterschied unentgeltlich aufnimmt. Auch hier Konsultationen und Medikamente für ambulante Kranke gratis.

Noch zu erwähnen ist das kleine jüdische Spital, unterhalten von der israelitischen Gemeinde.

In der Bukarester Irrenanstalt, gleichfalls unter Leitung der Spitals-Ephorie, ist die Aufnahme für Unbemittelte gratis, die Gemeinden müssen für die Untergebrachten zahlen, so auch alle Privatleute. Zum Schlusse erwähne

ich noch das nach allen Erfordernissen erbaute Militärspital, mit bewunderungswürdiger Einrichtung und tüchtigen ärztlichen Kräften. Aus den statistischen Annalen der Spitäler vom Jahre 1902 gebe ich folgende Auszüge:

Krankenanzahl in allen Spitälern	24.407
Rumänen	18.904
Fremde	3.818

Nach der Religion:

Orthodoxe Christen	17.475
Verschiedene christliche Bekenntnisse	3.715
Mohammedaner	67
Israeliten	1.429

Nach Ländern:

Rumänen	18.904
Italiener	122
Franzosen	34
Österreicher und Ungarn	2.712
Deutsche	297
Preußen	37
Türken	223
Griechen	111
Serben	31
Bulgaren	218
Verschiedene	23

Gratis-Konsultationen und Medikamente wurden verabfolgt:

An Rumänen	102.793
„ Italiener	1.177
„ Franzosen	176
„ Österreicher und Ungarn	13.886
„ Deutsche	2.135
„ Russen	60
„ Türken	746
„ Griechen	1.091
„ Bulgaren	1.618
„ Serben	477
„ Verschiedene	303

Nach der Religion:

An Christen	104.847
„ Mohammedaner	151
„ Israeliten	19.464

Bettenanzahl (Bukarest).

Ephorie-Spital „Colza"	306	Betten
„Colentina"	243	„
„Philanthropia"	235	„
Gebäranstalt	80	„
Kinderspital	130	„
Spital Panteleimon	212	„
Irrenanstalt „Marcuza"	600	„
Zusammen	1806	Betten

In Bukarest sind noch Spitäler unabhängig von obiger Leitung:

Das städtische syphilitische Spital „Zerlenti"	80	Betten
„Brankovan-Spital"	200	„
Jüdisches Spital	30	„
Zusammen	260	Betten
Privatspital „Xenokrat"	50	„
Zusammen	310	Betten
Dazu obige	1806	„
Summa	**2116**	Betten

Es entfallen daher in Bukarest auf:

1 Bett (inklusive der Betten in den Irrenanstalten) 133 Personen
1 „ (exklusive „ „ „ „ „) 177 Personen.

F. Weitere Vergleiche.

1. Es kommen auf ein Krankenbett (inklusive der Betten in den Privatanstalten):

In Österreich	558	Personen
„ Italien	380	
„ Ungarn	304	
„ Schweden	260	
„ Bayern	198	
„ Sachsen	188	
„ Preußen	160	
„ Wien und Berlin	220	
„ Bukarest	177	
„ London	160	
„ Hamburg	125	
„ Bremen	95	
„ Budapest	91	

2. Es kommen an Pflegepersonen:

In England	23	auf je 10.000 Einw.
„ Deutschland	14·50	
„ Preußen	14	
„ Österreich	8·25	

3. Es kommen Ärzte inklusive Wundärzte (nach Dr. Friedrich Prinzing):

In Deutschland	1900	5·1	auf je 10.000 Einw.
„ Österreich	1896	4·1	
„ Ungarn	1897	2·8	
„ Italien	1885	6·3	
„ Schweiz	1898	6·1	
„ Frankreich	1892	3·9	

In Spanien	1900	7·1	auf je 10.000 Einw.
„ Belgien	1896	5·2	
„ England	1895	6·1	
„ Schottland	1895	7·7	
„ Irland	1895	5·6	
„ Dänemark	1900	6·4	
„ Norwegen	1900	5·3	
„ Schweden	1900	2·7	
„ Europ. Rußland	1892	2·7	

4. Es kamen in den Großstädten Ärzte:

In Berlin	1900	14·1	auf je 10.000 Einw.
„ Wien	1896	13·0	
„ Budapest	1896	16·4	
„ Paris	1896	9·7	
„ Brüssel	1897	14·7	
„ London	1895	12·8	
„ Madrid	1899	24·6	

Wenn man Madrid ausnimmt, wo ganz spezielle Gründe eine Überfüllung herbeiführten, fällt lediglich Frankreich durch seine sehr schwache Ärztebesetzung auf. Die übrigen Länder, namentlich deren Hauptstädte, haben ziemlich gleiche Verhältnisse. Ebenso allgemein ist die dichte Besetzung in den Großstädten und die schwächere auf dem flachen Lande. Die Besserung dieses Verhältnisses in Österreich wird auch in Deutschland allgemein anerkannt und Dr. Prinzing hebt die neuerlich getroffenen Einrichtungen hervor, wonach prinzipiell, wenn auch noch nicht ausgiebig genug, der Sanitätsdienst in den österreichischen Landgemeinden subventioniert wird.

Interessant sind Dr. Prinzings Mitteilungen über das Kurpfuschereiunwesen in Deutschland. Nach seinen Mitteilungen gab es in Deutschland im Jahre 1898 noch 3059 Kurpfuscher.

Am zahlreichsten sind die Kurpfuscher im Königreich Sachsen vertreten, obgleich dort die Zahl der Ärzte eine sehr große ist. Die Zahl der Kurpfuscher war in Sachsen 1874 322 und ist 1899 auf 748 gestiegen; sie sind am zahlreichsten in den großen Fabrikzentren. Es ist von Interesse, die Art der Kurpfuscherei kennen zu lernen. Nach dem 31. Jahresbericht über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen für 1899 übten daselbst 214 Pfuscher die sogenannte Naturheilmethode aus, 109 Sympathie, 103 Massage, 98 Homöopathie, 56 Magnetismus u. a. Dem Beruf nach waren 44 Kurpfuscher Weber, 28 Strumpfstricker, 26 Kaufleute, 24 Handarbeiter, 23 Barbiere, 23 Schuhmacher usw. Es ist hohe Zeit, daß der Ausbreitung des Kurpfuschertums in Deutschland energisch Einhalt getan wird; denn der Schaden, den dasselbe anrichtet, trifft nicht nur den Einzelnen, der sich ihm in die Hände gibt, sondern auch die Gesamtheit, da das Pfuschertum die Seuchenbekämpfung ungemein erschwert.

In Österreich sind in dieser Richtung ziemlich strenge Gesetze erlassen, obgleich auch hier dem Übel nicht vollkommen Einhalt getan ist.

5. Vergleiche der Spitalstaxen:

Berlin 2 Mark 50 Pfennig und 3 Mark für Fremde
Hamburg 1 Mark 50 Pfennig und 3 Mark 50 Pfennig
Weimar 2 Mark und 3 Mark
Bremen 2 Mark 50 Pfennig und 1 Mark 50 Pfennig

} Durchschnitt za. 2 Mark 30 Pfennig, mithin etwas höher als die dermalige österreichische Gebühr. Die Taxen sind übrigens sehr variabel u. zerfallen in viele Unterabteilungen.

Budapest 2 *K* 58 *h* und 2 *K* 50 *h*
Rom 2 Lire 33 Centesimi
Wien 2 *K* 40 *h*.

6. Vergleiche der Baukosten in Spitälern. (Mitteilung der Gemeindekollegien in München vom 1. Juli 1904 [Neuer Spitalsbau].)

Ich möchte nun nach der soeben in München veranstalteten genauen Berechnung die bei verschiedenen Krankenanstalten erwachsenen Kosten für je ein Krankenbett angeben. Es sind bei größeren Krankenhäusern, welche vor 10 oder mehr Jahren projektiert wurden, folgende Zahlen zu bemerken: beim städtischen Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin berechnen sich bei einer Zahl von 600 Betten die Kosten pro Krankenbett auf 7535 Mark. Beim städtischen Krankenhaus am Urban in Berlin betragen bei einer Zahl von 614 Betten die Kosten pro Bett 4877 Mark. Höher stellen sich die Kosten beim Rudolfiner Krankenhaus in Wien, nämlich bei einer Zahl von 82 Betten pro Bett auf 8567 Mark. Ich muß hier speziell darauf hinweisen, wie vorsichtig man bei der Aufnahme von statistischen Zusammenstellungen sein muß. Bei den hier angegebenen Kosten ist z. B. das geschenkte Material nicht berücksichtigt. Beim Hospital Lariboisère zu Paris (Bettenzahl 613) betragen die Kosten auf das Bett 11.371 Mark, beim Hospital Teuon in Paris (Bettenzahl 606) 10.855 Mark, beim Hospital Boucicant in Paris (Bettenzahl 158) 14.059 Mark. Ferner beim Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf (Bettenzahl 1474) 3966 Mark und in Nürnberg (Bettenzahl zur Zeit 946) 4016 Mark einschließlich der Kosten für den Grunderwerb. Die letztgenannten beiden Anstalten weisen auffallend niedere Kosten für das Krankenbett auf. Das hat seinen Grund darin, daß die Bauanlagen in Hamburg-Eppendorf wie auch in Nürnberg sehr einfach gestaltet sind. Beide Anlagen waren seinerzeit epochemachend und werden heutzutage noch als Musteranlagen bezeichnet, doch wenn man dort heute neue Krankenhausbauten errichten würde, so würden sie nach meiner Vermutung sicherlich in verschiedenen Teilen anders und reicher ausgebildet werden. Als Beweis für diese Annahme mag folgendes dienen: Nürnberg hat früher neben anderen auch zweigeschossige Pavillons gebaut mit einem Kostenaufwand von rund 104.000 Mark. In den letzten Jahren ist nun ein Pavillon (Nr. 32) errichtet worden, der abgesehen von einem Liegehallenvorbau an der Westseite den anderen im großen ganzen entspricht, im Inneren aber eine wesentlich bessere Ausgestaltung erfahren hat; die Kosten für diesen Bau belaufen sich nach Mitteilung auf rund 195.000 Mark. Nürnberg hat eben auch hier dem Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiene und des Krankenhausbaues Rechnung getragen, was einen nicht unwesentlich höheren Kostenaufwand bedingt. Auf Grund von

Umfragen und Erhebungen habe ich ferner Daten bekommen über verschiedene Bauten, welche zum Teil in Ausführung sich befinden, zum Teil jüngst fertiggestellt wurden. So möchte ich erwähnen, daß für das Berliner Rudolf Virchow-Krankenhaus (Bettenzahl zirka 1960) als voraussichtliche Kosten für das Krankenbett 9000 Mark genannt sind. Beim Johannisstädter Krankenhaus in Dresden (Bettenzahl 581) berechnen sich die Kosten pro Bett auf **7143** Mark, beim projektierten neuen Krankenhaus in Wien (bei 1900 Betten) auf **18.000** Mark. Es sind das die neuesten Krankenanstalten.

Bemerkenswert sind die niederen Kosten bei Errichtung der neuesten Bauten in Deutschland.

Wir sind am Schlusse dieses Kapitels angelangt, welches den gegenwärtigen Stand der Krankenfürsorge schildert. Wir haben gesehen, daß sie (vielleicht mit Ausnahme von gewissen Teilen des Deutschen Reiches) fast überall noch ungenügend ist, und daß sie um so energischer wird ergänzt werden müssen, je mehr die Armenversorgung die Unterstützung des Staates beanspruchen wird. Das steht unwiderleglich fest.

Für den Bau von Krankenhäusern braucht man Geld, viel Geld, aber das läßt sich bei der heutigen Beweglichkeit des Marktes vielleicht eher finden. Für Erhaltung und Pflege braucht man aber Menschenkräfte, geschulte, ausdauernde Naturen, mit Herz und mit Tatkraft. Diese stampft man nicht aus dem Boden. Die Erziehung der Krankenpflegepersonen in der einst notwendigen Anzahl ist eine schwere Aufgabe für den Staat.

Erklärlich wird es daher erscheinen, wenn der Verfasser in dem folgenden Kapitel den Versuch unternimmt, nachzuweisen, daß die Aufgabe dieser überaus wichtigen und wertvollen Berufsklasse zwar eine schwierige ist, daß Leben und Gesundheit aber durch diesen Beruf bei der gebührenden Vorsicht keineswegs in besonderer Weise gefährdet werden.

II. Kapitel.*)

Sterblichkeits- und Erkrankungsverhältnisse in der Krankenpflege.

Einleitung.

1. Umfang des Materiales.

Das Material umfaßt im ganzen 17.249 Personen, von welchen 2818 mit Tod abgingen.

Von Erkrankungen kamen 2811 Fälle zur Verwertung.

Diese Ziffern verteilen sich auf die Berufsarten, wie folgt:

	Durchschnittlich jährlich beobachtet	Davon verwertete Krankheitsfälle	Davon Todesfälle
Zivilärzte	6112	.	931
Militärärzte	1114	.	68
Österr. versicherte Ärzte	306	.	770
Barmherzige Brüder	566	211	480
Barmherzige Schwestern, Diakonissinnen, Rote Kreuzschwestern und andere Pflegerinnen	9151	2600	569
Zusammen	17.249	2811	2818

Außerdem berücksichtigen wir noch die Arbeit Professor Westergaards über die Mortalität von mehr als 1000 in Skandinavien wirkenden evangelischen Diakonissinnen mit insgesamt 130 Todesfällen, sowie die von Dr. v. Ofenheim in London ausgearbeitete Studie über die Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse von mehr als 1200 bei der Gesellschaft „Royal National Pension Fund for Nurses" versicherten Krankenpflegerinnen in England, so daß sich die Gesamtsumme der beobachteten Personen auf zirka **20.000** beziffert.

*) Sämtliche Angaben im Kapitel II sind an amtlichen Stellen eingeholt worden; so die Ziffern über die Mortalität der österreichischen Ärzte bei den Kommunalverwaltungen, Stadtphysikaten und Ärztekammern. Wir verdanken der niederösterreichischen Statthalterei die Daten über die Mortalität und Morbidität in den österreichischen Spitälern. Dankbaren Herzens gedenken wir vor allem der hochwürdigen Konvente der Barmherzigen Brüder und einer Reihe von ehrwürdigen Oberinnen katholischer Orden und Kongregationen in Österreich und Deutschland für ihre uns im Interesse ihrer Mitglieder gemachten Angaben.

Die rechnungsmäßige Bearbeitung des Materiales in diesem Kapitel übernahm med. Dr. P. Galasso in Wien, welcher sich dieser, gerade im medizinisch-statistischen Teil so mühevollen Arbeit mit der größten Gewissenhaftigkeit unterzog.

Die aus solchen Zahlen hervorgegangenen Zusammenstellungen und Ergebnisse verdienen gewiß Beachtung, zieht man in Erwägung, daß für Berufe mit einem so mäßigen Personalstande, und für eine der Publizierung so naheliegende Zeitepoche (hier 1898 bis 1902 für die Krankenpflegerinnen, und 1894 bis 1903 für die Ärzte), eine höhere Anzahl von Daten überhaupt kaum jemals zu erhalten sein wird.

2. Mortalitätsschema.

Um für alle Tabellen und namentlich für die Daten anderer Länder das gleiche Schema zu besitzen, ist für sämtliche Tabellen das neue Morbiditätsschema zugrunde gelegt worden, welches vom österreichischen obersten Sanitätsrate im Jahre 1901 für die Krankenanstalten[1]) beantragt wurde und unseres Wissens für eine größere statistische Publikation zum ersten Male Anwendung findet.

Der Gruppe I. A. dieses Schemas, epidemische und endemische Infektionskrankheiten, sind auch die kruppöse Pneumonie sowie der Gelenksrheumatismus eingereiht worden, der Gruppe VII. Verletzungen und Beschädigungen mit Ausschluß der Selbstmorde und Selbstmordversuche, die akuten und chronischen Vergiftungen, daher auch Alkoholismus, Morphinismus und die Pellagra. Letztere Krankheitsform kam namentlich bei Ärzten und der Bevölkerung Italiens, sowie bei der Schweizer Bevölkerung zur Beobachtung. Das Morbiditätsschema der Krankenpflegerinnen kann mit dem Mortalitätsschema unserer Tabellen nicht vollkommen übereinstimmen, da im ersteren Schema Krankheiten berücksichtigt wurden, die selten als Todesursachen vorkommen, wie Gicht, Anämie und Bleichsucht, Angina, Krankheiten des Auges und der Haut, und der Raum für diese Rubriken nur durch Weglassen einzelner in den Mortalitätstabellen enthaltenen Kolonnen innerhalb der Krankheiten der Atmungsorgane, des Herzens, sowie des Nervensystems gewonnen werden konnte.

3. Gruppierung der Todesursachen bei Ärzten und Krankenpflegern.

Gehirnerweichung und progressive Paralyse der Irren (Dementia paralytica) einerseits, sowie Leberentzündung und Lebercirrhose anderseits konnten wegen der im Materiale oft wiederkehrenden Bezeichnungen „Gehirnerweichung",[2]) respektive „Hepatitis" nicht getrennt ausgewiesen werden. Zahlen dieser Todesursachen werden übrigens von den anderen privaten und offiziellen Statistiken, die hier zum Zwecke eines Vergleiches mit einbezogen wurden, entweder gar nicht berücksichtigt oder meist ebenfalls nicht getrennt angegeben.

4. Schwierigkeit des Vergleiches mit anderen Statistiken.

Zur Erleichterung des Vergleiches haben wir die Gruppierung der Todesursachen in den verschiedenen Statistiken, deren Daten wir den in dieser

[1]) Das Schema ist in der Beilage des österr. Sanitätswesens Nr. 51, 19. Dezember 1901 mitgeteilt worden. — [2]) Die progressive Paralyse wird im Volksmunde Gehirnerweichung genannt.

Arbeit für die Ärzte und Krankenpfleger gefundenen gegenüberstellen, nicht beibehalten, sondern die Fälle im Sinne des von uns gewählten Schemas neu gruppiert, welche Arbeit mit folgenden Schwierigkeiten verbunden war.

1. Eine jede Statistik hat sich merkwürdigerweise einen anderen Tabellenkopf ausgesucht. In Wien allein sind mehr als 25 verschiedene Mortalitätsschemata in Verwendung.[1])

2. Die Todesursachen werden selten im gleichen Sinne eingeteilt, so daß z. B. der Gelenksrheumatismus einmal unter „Infektion", ein anderesmal unter „Krankheiten der Gelenke", ein drittesmal unter „allgemeinen Ernährungsstörungen" anzutreffen war. Eine ähnliche Auswahl bei der Einteilung ist selbst bei folgenden Todesursachen gegeben: Gicht, Tumoren, allgemeine Tuberkulose und Carcinose, Miliartuberkulose, Skrophulose, Alkoholismus, Gehirnschlagfluß, Morbus Basedowii u. a. m. Infektionskrankheiten, wie Diphtherie und Keuchhusten, trifft man nicht selten auch in der Rubrik „Krankheiten der Atmungsorgane" an; Wundinfektionen, wie Rotlauf, Phlegmone, „Lymphgefäß- und Lymphdrüsenentzündung" unter Krankheiten der Haut oder auch unter „Verletzungen". Kein Wunder, da selbst in den Lehrbüchern der Medizin keine einheitliche Krankheitsgruppierung herrscht.

Niemand ist z. B. imstande herauszufinden, was bisweilen unter „allgemeinen und konstitutionellen Krankheiten" verstanden wird. Und wenn die einzelnen Krankheiten nicht spezifiziert, sondern nur summarisch angegeben werden, dann ist nicht nur diese Rubrik, sondern die ganze Todesursachen-Statistik fast unbrauchbar. In der Schweiz findet man unter dieser Rubrik verzeichnet: Furunkulose, Wassersucht, Fettsucht, Skrophulose, Anämie, Nasenbluten, Harnruhr, Blutvergiftung, Sarkom u. a. m. In England finden wir unter General Diseases: Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Krebs, Zuckerkrankheit, Altersschwäche, in anderen Statistiken: Cholera, Typhus, Altersschwäche usw.

Es erhellt aus dem Gesagten, daß selbst große Gruppen von Todesursachen, wie „Krankheiten der Respirationsorgane", „Krankheiten des Zirkulationsapparates", „Krankheiten des Zentralnervensystems" usw., nicht gut mit denselben Gruppen vergleichbar sind, bevor nicht vorher untersucht wurde, ob unter diesen Sammelbezeichnungen auch genau dieselben Todesursachen vorkommen. Namentlich die Rubrik „Infektionskrankheiten" hat fast nie denselben Inhalt.

3. Es werden auch in vielen offiziellen Statistiken Rubriken für wichtige Krankheiten und selbst für Krankheitsgruppen, wie Gehirnkrankheiten, Nierenkrankheiten, ganz ausgelassen. Die daraus entstandenen leeren Stellen in unseren Tabellen haben wir mit Minusstrichen bezeichnet.

4. Auf die diesbezüglichen Ergebnisse vieler Städte (namentlich die Statistik von Salzburg und Klagenfurt wäre für diese Arbeit wertvoll gewesen)

[1]) Das Jahrbuch der Stadt Wien, die Statistik des Sanitätswesens und die Bewegung der Bevölkerung haben je ein anderes Mortalitätsschema; das österr. Sanitätswesen hat deren zwei, das österr. Städtebuch über 20 verschiedenartige Mortalitätschemata.

mußte Verzicht geleistet werden, da, wie in zahlreichen statistischen Zusammenstellungen, so auch hier, gerade im letzten Dezennium, keine Trennung nach Geschlecht und zugleich auch nach Alter der Verstorbenen erfolgte.

5. Was die Berufsstatistiken anlangt, so kommen in den offiziellen Berichten meist nur Gruppen von Berufen, beispielsweise „Geistliche, liberale Berufe, Beamte und Lehrer" zusammengefaßt zur Darstellung.

Kinder und auch andere Familienangehörige werden in den Beruf des Familienhauptes einbezogen.

Eine Sonderung der Gestorbenen nach Alter und Todesursachen zugleich fehlt fast ausnahmslos.

Aus diesen Gründen waren bei Berufen wenig brauchbare Daten vorzufinden. Die Reform der Mortalitäts- und Berufsstatistik ist dringend notwendig in allen Ländern, und deren internationale Regelung anzustreben.

Um uns den Vorwurf zu ersparen, daß die Ergebnisse der Statistik der Todesursachen für ganz Österreich nicht mit anderen Ergebnissen in Vergleich gezogen werden können, da in mehreren Kronländern ein großer Prozentsatz der Todesursachen ärztlich nicht beglaubigt wird,[1]) haben wir auch die Todesursachen von Niederösterreich zusammengestellt. Eine gleiche Darstellung anderer, als der in dieser Arbeit berücksichtigten Hauptstädte (Wien, Triest), war aus dem vorher erwähnten Grunde nicht möglich. Übrigens sind die Daten von ganz Österreich in bezug auf Sterbefälle durch Gehirnschlagfluß, Herz- und Gefäßkrankheiten zusammengenommen, für das Alter bis 70 Jahre zum Vergleich ganz gut zu verwerten; denn diese Daten dürften eher größer denn kleiner, als es der Wirklichkeit entspricht, ausgefallen sein. — Die Würdigung dieses Umstandes wird bei unseren späteren Ausführungen von Nutzen sein. Auch die Zahlen für ganz Österreich, die Zahl und das Alter der Gestorbenen nach Geschlecht betreffend, sind wie alle österreichischen Arbeiten der Volksbewegung in dieser Richtung vorzüglich und sehr gut zu verwenden.

5. Art der Berechnungen.

Die Sterbeziffern haben wir nach der Formel $\frac{M.100}{S + {}^1/_2 Z - {}^1/_2 A}$ respektive $\frac{M.100}{S + {}^1/_2 (Z - A)}$ berechnet, wobei M die Zahl der Verstorbenen, S den Stand zu Anfang, Z den Zuwachs und A den Abfall bei Lebzeiten angibt.

Bei Berechnung des Verhältnisses der gestorbenen zu den lebenden Krankenpflegerinnen ist obige Formel nur für die Dienerinnen des heiligsten

[1]) In Österreich über 30 Prozent, in mehreren slawischen Ländern sind bis über 70 Prozent der Todesursachen ärztlich nicht bescheinigt. Leider hat die offizielle Statistik nicht ermittelt, in welchem Verhältnisse diese Nichtbeglaubigungen das männliche und weibliche Geschlecht betreffen. Wir neigen der Ansicht zu, daß es sich mehr um Nichtbeglaubigungen bei Frauen handelt. — Niederösterreich, sowie die österr. Städte weisen hingegen einen verschwindend kleinen Prozentsatz von ärztlich nicht beglaubigten Todesursachen auf.

Herzens Jesu in Wien, sowie für die Franziskanerinnen aus dem Marienhause in Deutschland in Anwendung gekommen. Zur Ermittlung der Sterbeziffern der übrigen Krankenpflegerinnen mußten wir, da uns meist nur der durchschnittliche Stand vorlag, diesen um einige Prozente vermehren. Bei der Auswahl eines zehnprozentigen Zuschlages, respektive eines fünfprozentigen in den Hauptsummen, sind wir von der Voraussetzung ausgegangen, daß der Zugang unter den Krankenpflegerinnen ein größerer sei.

Die gefundenen Verhältnisse sind daher entschieden für die Krankenwärterinnen eher zu klein als zu groß ausgefallen.

Dem Durchschnittsalter der verstorbenen österreichischen Ärzte haben wir, da die Angaben der über die Jahre hinaus erlebten Monate und Tage fehlten, 0·50 Jahre hinzugegeben. Denselben Vorgang beobachteten wir bei Ermittlung des Durchschnittsalters der an Altersschwäche Gestorbenen.

Es wurde von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen und in scharfer Weise betont, daß die Berechnung des Durchschnittsalters beim Tode lieber unterbleiben sollte, da diese Art der Berechnung keine Schlüsse über den Gesundheitszustand eines Berufes zuläßt. Das zweite ist gewiß richtig, denn die Höhe des Durchschnittsalters der Verstorbenen ist von der Altersverteilung der Lebenden und von der Mortalität in den verschiedenen Altersklassen abhängig, aber gerade deswegen gestattet oft die gleichzeitige Berechnung des Durchschnittsalters umgekehrt einen Einblick in die Altersverhältnisse der Lebenden und in die Mortalitätsverhältnisse der Bevölkerung. Dieser Grundsatz wird auch anderwärts in neuerer Zeit ausgesprochen.

Beispiel: Uns ist von Ärzten nur bekannt

in	das Durchschnittsalter	und die Sterbeziffer
Wien	58·96	1·01
den Landgemeinden Niederösterreichs	62·39	2·02
ganz Österreich	58·48	1·56

Nun ist bekannt, daß in Wien gleichviel jüngere und in den Landgemeinden mehr ältere Ärzte starben als in ganz Österreich. Daraus schließen wir, daß auch die Verteilung aller Lebenden derart war, daß in Wien mehr Prozente auf die jungen,[1]) in den Landgemeinden von Niederösterreich mehr Prozente auf die älteren Ärzte fielen, und eine spezielle Untersuchung stellte die Richtigkeit dieser Tatsache fest. Aber auch abgesehen hiervon ist das Durchschnittsalter, wenn es sich auf eine große Menge von Fällen stützt, immerhin ein wichtiger Faktor für die Beurteilung, wenngleich es auch ein Fehler unserer Vorgänger, z. B. Caspers, war, darauf allein Schlüsse und Urteile aufzubauen. Ein ebenso großer Fehler aber ist es, auf eine **kleine** Zahl von Beobachtungen, oft nur **10** bis **20** Personen, wenn auch formell vollkommen richtig berechnete Schlüsse auf die **Lebenserwartung** eines ganzen Berufes zu ziehen.

[1]) Und daß unter diesen die Mortalität kleiner war.

6. Sterblichkeit und Todesursachen von Ärzten und Krankenpflegerinnen nach Angabe anderer Autoren.

Die Sterblichkeit der Ärzte wurde von mehreren Autoren, namentlich von Geißler und Kruse,[1]) größer, von anderen wieder, darunter von Westergaard, kleiner als die der Gesamtbevölkerung berechnet.

Die Mortalität der barmherzigen Schwestern ist durch Professor Cornet als besonders groß erwiesen worden.

Was die prozentuelle Verteilung der Todesursache bei Ärzten betrifft, so fanden Westergaard und Weinberg einen geringeren Prozentsatz für Tuberkulose und Krankheiten der Respirationsorgane, sonst meist größere Zahlen als bei der Bevölkerung, welcher die Ärzte angehörten. So wurde von Weinberg auf die große Zahl der an Krankheiten des Zirkulationsapparates verstorbenen Ärzte besonders hingewiesen, während Westergaard mehr die Krankheiten der Verdauungsorgane, des Harnapparates, sowie den Selbstmord hervorhebt. Zu erwähnen ist hierbei, daß in der englischen Berufsstatistik der Gehirnschlagfluß von den Krankheiten des Nervensystems nicht zu trennen ist.[2])

Standardberechnung für die englischen Ärzte (nach Westergaard):

	Phthisis	Respirat.-system	Verdauungs-system	Urinar-system	Selbst-morde
Ärzte	10·5	12·15	10·9	7·9	4·1
Allg. Bevölkerung	19·2	22·4	5·8	4·4	1·5

Die katholischen barmherzigen Schwestern Deutschlands starben nach Cornet in rund 63 Prozent der Fälle an Tuberkulose. In manchen „Krankenpflegeorden" war die Tuberkulose sogar in 70 bis 100 Prozent der Verstorbenen zu verzeichnen.

Über die Sterblichkeitsverhältnisse der österreichischen Ärzte, über die Erkrankungsverhältnisse der barmherzigen Schwestern, sowie über die Erkrankungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der barmherzigen Brüder und der weltlichen Krankenpflegerinnen fehlten bisher genaue statistische Daten. Wir werden nun sehen, inwieweit unsere Untersuchungen mit den obenerwähnten Ergebnissen in bezug auf Ärzte und geistliche Krankenpflegerinnen übereinstimmen.

A. Mortalität der österreichischen und bosnischen Zivilärzte, sowie der Militär- und Marineärzte.

1. Zivilärzte.

a) Zahl der praktizierenden Ärzte in Österreich.

Die Zahl der Ende 1901, 1902 und 1903 praktizierenden Ärzte in Österreich war zur Zeit der Drucklegung von der offiziellen Statistik noch nicht der Öffentlichkeit mitgeteilt.

[1]) Professor Kruse fand deshalb eine größere Mortalität unter den Ärzten Württembergs, da er letztere samt den Praktikanten, deren Mortalität sehr groß war, in einem zur Darstellung brachte. — [2]) Supplement of the Annual Report etc.

Tabelle 1.

Zahl der Ärzte und Wundärzte

in	Ende des Jahres: 1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	Im Durchschnitte 1894—1903
Wien	1901	1990	2086	2160	2258	2336	2417	2490	2568	2661	2286·7
den übr. Hauptstädten[1]	1374	1489	1516	1605	1766	1842	1971	2074	2165	2206	1800·8
d. übr. Städten u. Gemeind.	4798	4835	4909	5124	5209	5404	5535				
d. Landgem. v. Nied.-Öst.[2]	556	577	591	605	611	617	635	651	666	690	619·9
Österreich	**8629**	**8891**	**9102**	**9494**	**9844**	**10199**	**10558**	[3]	[3]	[3]	[3]
Bosnien	85	93	94	97	97	102	110	116	116	116	102·6
Österreich u. Bosnien	8714	8984	9196	9591	9941	10301	10668				

Davon kamen für die vorliegende Arbeit in Betracht

in	im Jahre 1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	Im Durchschnitte 1894—1903
Wien	1901	1990	2086	2160	2258	2336	2417	2490	2568	2661	2286·7
den übr. Hauptstädten[1]	1374	1489	1516	1605	1766	1842	1971	2074	2165	2206	1800·8
d. übr. Städten u. Gemeind.	1042	1091	1140	1196	1265	1338	1399	1476	1518	1558	1302·3
d. Landgem. v. Nied.-Öst.[2]	556	577	591	605	611	617	635	651	666	690	619·9
Österreich	**4873**	**5147**	**5333**	**5566**	**5900**	**6133**	**6422**	**6691**	**6917**	**7115**	**6009·7**
Bosnien	85	93	94	97	97	102	110	116	116	116	102·6
Österreich u. Bosnien	4958	5240	5427	5663	5997	6235	6532	6807	7033	7231	6112·3
Versicherte Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät des medizinischen Doktorenkollegiums in Wien 1858/93 . . . . . durchschnittlich jährlich											305·5
											6417·8

[1]) Inklusive Krakau. — [2]) Von den verstorbenen Ärzten der Landgemeinden Nieder-Österreichs liegen uns Daten über die Zahl und das Alter der Verstorbenen vor; nicht aber auch solche über die Todesursachen, daher werden diese Ärzte hier getrennt ausgewiesen. — [3]) Diese Daten wurden in Österreich noch nicht publiziert.

Es ist jedoch nicht der geringste Zweifel, daß sowie 1899 bis 1900, auch für die Jahre 1901 bis 1903 über **60** Prozent aller vorhandenen Ärzte Österreichs für die vorliegenden Darstellungen unter Beobachtung standen.

b) Altersverteilung der Lebenden sowie der Verstorbenen.

Die Verschiedenheit in der Verteilung der Gestorbenen nach Altersklassen erklärt sich zum größten Teile aus der verschiedenartigen Besetzung der einzelnen Altersklassen durch die Lebenden. Wir führen in der nachfolgenden Tabelle verschiedene prozentuelle Verteilungen durch, und fahren dann auf Seite 99 im Texte fort.

Tabelle 2.

Altersaufbau der lebenden Ärzte

in Württemberg					in Budapest				in Sachsen				
Altersklassen	1865[1]		1895[1]		Altersklassen	1881[2]			Altersklassen	1866[3]		1886[3]	
bis 29	6·00	6·00	18·00	18·00	bis 30	23·59	23·59		bis 29	9·20	9·20	14·70	14·70
30—39	20·00	44·00	36·00	58·00	über 30—40	?	49·51		30—39	24·40	45·70	27·70	48·80
40—49	24·00		22·00		„ 40—50	?			40—49	21·30		21·10	
50—59	28·00	50·00	11·00	24·00	„ 50—60	?	26·90		50—59	23·80	45·10	17·70	36·50
60—69	16·00		8·00		„ 60—70	?			60—69	15·30		11·50	
70 u.m.	6·00		5·00		„ 70	?			70 u.m.	6·00		7·30	
	100·00		100·00			100·00				100·00		100·00	
Zahl d. Ärzte . .	513		792			513				997		1072	

Anm. Die Advokaten in Budapest haben die Altersklasse 30—50 (58·87 %), die Beamten die Altersklasse bis 30 (27·02 %) stärker besetzt als die Ärzte in Budapest. Die Rentiers die Altersstufe über 50 Jahre (78·57 %).

[1]) Dr. Weinberg. — [2]) Dr. v. Körösy. — [3]) Dr. Geissler.

Tabelle 3.

Altersaufbau der lebenden

versicherten Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät in Wien					Barmherzigen Brüder in Wien			
Altersklassen	Mitte 1886		Mitte 1896		Altersklassen	Mitte 1903		
.	.		.		über 16—20	8·69	47·82	
.	.		.		„ 20—30	39·13		
bis 40	15·94	40·28	13·35	42·38	„ 30—40	22·61	34·78	
41—50	24·34		29·03		„ 40—50	12·17		
51—60	27·83	59·72	26·85	57·62	„ 50—60	9·57	17·40	
61—70	21·96		19·74		„ 60—70	3·92		
71 u.m.	9·93		11·03		„ 70	3·91		
	100·00		100·00			100·00		
Zahl d. Ärzte	358		345		Zahl der Barm. Brüder .	230		

Tabelle 4.

Altersverteilung der lebenden Männer in Prozenten

in Wien[1])					in Nied.-Österreich[1]) (ohne Wien)				
Altersklassen	über 20 Jahre		über 30 Jahre		Altersklassen	über 20 Jahre		über 30 Jahre	
über 20—30	36·32		.		über 20—30	28·48		.	
„ 30—40	24·83	43·31	38·99	68·01	„ 30—40	22·18	41·69	31·01	58·29
„ 40—50	18·48		29·02		„ 40—50	19·51		27·28	
„ 50—60	12·34	20·37	19·38	31·99	„ 50—60	14·95	29·83	20·91	41·71
„ 60—70	5·75		9·03		„ 60—70	9·77		13·66	
„ 70	2·28		3·58		„ 70	5·11		7·14	
Zusammen . .	100·00		100·00			100·00		100·00	
Zahl d. lebend. Männer . .	493.906		314.521			404.736		289.453	

[1]) Stand vom 31. Dezember 1900.

Tabelle 5.

Altersverteilung der lebenden Männer in Prozenten

in ganz Österreich[1]					in der Schweiz 1881—1890[2]				
Altersklassen	über 20 Jahre		über 30 Jahre		Altersklassen	von 20 J. aufwärts		von 30 J. aufwärts	
über 20—30	30·09		.		20—29	27·22		.	
„ 30—40	23·60	42·72	33·76	61·10	30—39	22·28	41·97	30·61	57·66
„ 40—50	19·12		27·34		40—49	19·69		27·05	
„ 50—60	14·42	27·19	20·63	38·90	50—59	15·45	30·81	21·22	42·34
„ 60—70	8·75		12·51		60—69	10·26		14·11	
„ 70	4·02		5·76		70 u. m.	5·10		7·01	
Zusammen . .	100·00		100·00			100·00		100·00	
Zahl d. lebend. Männer . .	6,904.323		4,826.618			814.988		593.155	

[1]) Stand vom 31. Dezember 1900. — [2]) Mittlere jährliche Bevölkerung.

Tabelle 6.

Von den beobachteten Zivilärzten starben:

im Alter von	in den Jahren 1894—1903 in								
	Wien	d. übrigen Hauptstädten[1])	allen Hauptstädten	d. übrigen Städten und Gemeinden	den Landgemeinden von Niederösterreich	d. übr. Städt. und Landgem.	Österreich	Bosnien	Österr. und Bosn.
	1	2	1+2	3	4	3+4	1—4	5	1—5
	in absoluten Zahlen								
bis 30 J.	11	10	21	6	1	7	28	.	28
üb. 30—40 „	29	57[2])	86	34	4	38	124	4	128
„ 40—50 „	35	38	73	31	16	47	120	5	125
„ 50—60 „	50	58[4])	108	64[3])	30	94	202	4	206
„ 60—70 „	57	58	115	49	37	86	201	3	204
„ 70 „	72	67	139	63	37	100	239	1	240
Zusammen	**254**	288	542	**247**	**125**	372	**914**	17	931
	1	2	1+2	3	4	3+4	1—4	5	1—5
	in relativen Zahlen								
bis 30 J.	4·33	3·47	3·87	2·43	0·80	1·88	**3·06**	.	3·01
üb. 30—40 „	11·42	19·79[2])	15·87	13·76	3·20	10·22	**13·57**	23·53	13·75
„ 40—50 „	13·78	13·20	13·47	12·55	12·80	12·63	**13·13**	29·41	13·42
„ 50—60 „	19·68	20·14[4])	19·92	25·91[3])	24·00	25·27	**22·10**	23·53	22·13
„ 60—70 „	22·44	20·14	21·22	19·84	29·60	23·12	**21·99**	17·65	21·91
„ 70 „	28·35	23·26	25·65	25·51	29·60	26·88	**26·15**	5·88	25·78
Zusammen	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00	**100·00**	100·00	100·00

[1]) Inklusive Krakau. — Ursache der Übersterblichkeit: [2]) Selbstmord und Tuberkulose. — [3]) Krankheiten des Zirkulationsapparates. — [4]) Krebs und Nierenentzündung.

Versicherte Ärzte der Witwen- u. Waisen-Sozietät des Wiener mediz. Doktorenkollegiums*)

Tabelle 7.

starben im Alter von	in den Jahren 1758—1857 (in absoluten Zahlen)	in den Jahren 1858—1893 (in absoluten Zahlen)	in den Jahren 1758—1857 (in relativen Zahlen)		in den Jahren 1858—1893 (in relativen Zahlen)	
bis 30 Jahre . . .	7	.	1·71		.	
über 30—40 „ . . .	62	9	15·12	35·61	3·58	16·33
„ 40—50 „ . . .	77	32	18·78		12·75	
„ 50—60 „ . . .	93	69	22·68		27·49	
„ 60—70 „ . . .	82	76	20·00		30·28	
„ 70 „ . . .	89	65	21·71		25·90	
Zusammen . . .	410	251	100·00		100·00	
	661					

*) In den Jahren 1894—1903 starben 109, siehe S. 98.

Verteilung der **Gestorbenen** nach Altersgruppen (Städte).

Tabelle 8.

Ärzte in Budapest[1]) gestorben 1886—1890		Altersgruppen	Männer in Wien[2]) gestorben 1896—1900		Männer in Prag und Vororte[3]) gestorben 1896—1900		Männer in Krakau[3]) gestorben 1896—1900	
Altersgruppen	Proz.		Proz.		Proz.		Proz.	
bis 30 J.	11·32	über 20—30 J.	13·47		13·56		19·65	
über 30—40 „	33·96	„ 30—40 „	14·80	33·13[6])	13·83	30·52	17·47	34·32
„ 40—50 „		„ 40—50 „	18·33		15·69		16·85	
„ 50—60 „	54·72	„ 50—60 „	19·84	53·40	18·90	55·92	17·51	46·03
„ 60—70 „		„ 60—70 „	16·71		17·43		14·44	
„ 70 „		„ 70 „	16·85		19·59		14·08	
	100·00		100·00		100·00		100·00	
Zahl der Gestorbenen . . . 106			46.551		10.366		4.488	

Tabelle 9.

Altersgruppen	Männer in Aussig[3]) gestorben 1896—1900		Männer in Eger[3]) gestorben 1896—1900		Männer in d. Stadtgem. Preußens[4]) gestorben 1897—1901		Männer in London[5]) gestorben 1897—1901		
	Proz.		Proz.		Proz.		Altersgruppen	Proz.	
über 20—30 J.	14·71		14·94		11·26		.	.	
„ 30—40 „	14·59	28·94	?	25·38	12·60	28·86	25—34 Jahre	11·83	
„ 40—50 „	14·35		?		16·23		35—44 „	17·08	36·76
„ 50—60 „	20·23		16·68		18·46		45—54 „	19·68	
„ 60—70 „	17·41	56·35	20·27	59·68	18·82	59·88	55—64 „	20·55	
„ 70 „	18·71		22·73		22·60		65—74 „	17·74	51·41
.	.		.		.		75 u. m „	13·12	
	100·00		100·00		100·00			100·00	
Zahl der Gestorbenen . . . 850			977		371.852			111.498	

Die Anm. 1—5 befinden sich am Fuße der Tabelle 10, auf folgender Seite.

Tabelle 10.

Gestorbene in **Budapest** in den Jahren 1886—1890[1])

Altersgruppen	Ärzte	Advokaten	öffentl. Beamte	Privat-Beamte	Geistliche	Prof., Lehrer	Rentiers	Gärtner	Altersgruppen	Männer überhaupt
bis 30 J.	11·32	6·59	12·15	17·01	6·06	13·89	2·66	12·71	15—30 J.	21·47
üb. 30—50 „	33·96	47·25[7])	40·33[6])	39·55[6])	34·85	38·89[7])	10·19	38·14	30—50 „	40·37
„ 50 „	54·72	46·16	47·52	43·44	59·09	47·22	87·15	49·15	üb. 50 „	38·16
	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00	400·00	100·00		100·00
Zahl der Gestorbenen . .	106	91	1029	488	66	180	677	118		57.910

[1]) Die absoluten Zahlen sind aus den Publikationen des statistischen Bureaus in Budapest XXVI. entnommen. Dr. v. Körösy, Einfluß der Konfession, des Wohlstandes und der Beschäftigung auf die Todesursachen. — [2]) Aus den Daten der österreichischen Statistik, Bewegung der Bevölkerung 1896, 1897, 1898, 1899 und 1900 zusammengestellt. — [3]) Die Grundzahlen sind im österreichischen Städtebuch VII, VIII und IX enthalten. — [4]) Berechnet aus den Daten der preußischen Statistik, die Sterblichkeit 157, 162, 166, 171 und 179. — [5]) Siehe Anmerkung bei gestorbenen Männern über 20 Jahre nach Todesursachen in England und Wales S. 120. — Ursachen der größeren Sterblichkeit in den jüngeren Altersgruppen: [6]) Tuberkulose, — [7]) Krankheiten des Nervensystems.

Tabelle 11.

Verteilung der **Gestorbenen** nach Altersgruppen (Land).

Altersgruppen	Württembergische Ärzte[1]) gestorben 1866—1895			Altersgruppen	Sächsische Ärzte[2]) gestorben 1866—1885	
bis 29 Jahre	4·12		19·79	bis 30 Jahre	5·08	
30—39 „	6·39	15·67		31—40 „	9·57	20·87
40—49 „	9·28			41—50 „	11·30	
50—59 „	18·14			51—60 „	18·55	
60—69 „	24·95	80·21		61—70 „	30·43	74·05
70 u. m. „	37·12			71 u. m. „	25·07	
	100·00				100·00	
Zahl der Gestorbenen . .	485				690	

Tabelle 11a.

Altersgruppen	Männer in N.-Österr. (ohne Wien) gestorben 1896—1900		Männer in ganz Österreich gestorben 1896—1900		Männer in d. Landgem. Preußens gestorben 1897—1901[3])	
üb. 20—30 J.	8·62		10·73		7·89	
„ 30—40 „	8·82	20·51	10·12	22·79	8·26	19·53
„ 40—50 „	11·69		12·67		11·27	
„ 50—60 „	15·80		17·13		15·84	
„ 60—70 „	20·23	70·87	21·07	66·48	22·23	72·58
„ 70 „	34·84		28·28		34·51	
	100·00		100·00		100·00	
Zahl der Gestorbenen . .	42.223		724.831		467.641	

[1]) Berechnet aus den Zahlen von Weinberg, Sterblichkeit, Lebensdauer und Todesursachen der württembergischen Ärzte. — [2]) Sterblichkeit und Lebensdauer der sächsischen Ärzte, Dr. A. Geissler, Leipzig 1887. — [3]) Berechnet aus den Daten der preußischen Statistik.

Tabelle 12.

Altersklassen	Männer in Württemberg gestorben 1900[1]			Altersklassen	Männer in Württemberg gestorben 1900[1]			Altersklassen	Männer in Preußen gestorben 1900—1901[2]	
25—29 Jahre	3·84			20—29 Jahre	8·13			20—30 Jahre	9·45	
30—39 „	7·87	18·44	26·28	30—39 „	7·52	17·62	25·75	30—40 „	10·01	23·48
40—49 „	10·57			40—49 „	10·10			40—50 „	13·47	
50—59 „	18·74	77·72		50—59 „	17·90	74·25		50—60 „	17·09	67·07
60—69 „	24·15			60—69 „	23·07			60—70 „	20·76	
70 u. m. „	34·83			70 u. m. „	33·28			über 70 „	29·22	
	100·00				100·00				100·00	
Zahl der Gestorbenen . .	11.994				12.555				347.905	

[1]) Provinz Württemberg, Württembergische Jahrbücher 1901. — [2]) Berechnet aus den Daten der preußischen Statistik.

Tabelle 13.

Es starben in der Schweiz in den Jahren 1879—1890[1])

im Alter von	Ärzte		Krankenpfleger		Tierärzte		Apotheker		Advokaten u. Notare	
15—19 Jahren	.		1·91		.		1·66		.	
20—29 „	7·83		13·33		4·44		14·52		9·83	
30—39 „	14·10	26·64	24·76	39·05	10·89	18·95	17·84	36·10	13·20	26·03
40—49 „	12·54		14·29		8·06		18·26		12·83	
50—59 „	14·82		11·43		18·95		17·01		18·43	
60—69 „	22·79	65·53	20·95	45·71	22·58	76·61	12·45	47·72	22·79	64·14
70 u. m. „	27·92		13·33		35·08		18·26		22·92	
	100·00		100·00		100·00		100·00		100·00	
Zahl der Gestorbenen . .	702		105		248		241		803	

[1]) Berechnet aus den Daten der schweizerischen Statistik, 137. Die Todesursachen.

Tabelle 14.

Es starben in der Schweiz in den Jahren 1879—1890 (Fortsetzung)

im Alter von	Geistliche und Klosterinsassen		Gärtner		Männer			
					von 20 J. an		von 15 J. an	
15—19 Jahren	0·15		2·51		.		3·16	
20—29 „	3·90		7·35		8·61		8·34	
30—39 „	5·13	13·16	10·81	24·48	9·84	22·81	9·52	22·08
40—49 „	8·03		13·67		12·97		12·56	
50—59 „	13·31	82·79	19·12	65·66	17·13	68·58	16·59	66·42
60—69 „	21·58		21·63		22·02		21·32	
70 u. m. „	47·90		24·91		29·43		28·51	
	100·00		100·00		100·00		100·00	
Zahl der Gestorbenen . . .	1307		1156		229.072		236.549	

Ärzte, die in verschiedenen Zeitperioden starben, verglichen untereinander und mit den **Barmherzigen Brüdern**

Tabelle 15.

Altersklassen	Ärzte der Witwen- u. Waisen-Sozietät des Wiener mediz. Doktorenkollegiums gestorben in den Jahren					
	1758—1857	1858—1893	1894—1903	1758—1840	1841—1903	1851—1903
bis 30 J.	1·71	.	.	1·86	.	.
üb. 30—40 „	15·12 **35·61**	3·58 **16·33**	0·92 **6·43**	13·53 33·69	5·34 17·04	3·47 15·20
„ 40—50 „	18·78	12·75	5·51	18·30	11·70	11·73
„ 50—60 „	22·68	27·49	25·69	23·61	25·70	26 93
„ 60—70 „	20·00	30·28	26·59	21·22	27·23	28·27
„ 70	21·71	25·90	41·29	21·48	30·03	29·60
	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00
Zahl der Gestorbenen .	410	251	109	377	393	375
		770			770	

Tabelle 16.

Altersklassen	Ärzte in Württemberg, gestorben in den Jahren (nach Weinberg)		
	1810—1835	1836—1865	1866—1895
bis 29 Jahre	9·44	4·88	4·12
30—39 „	16·98 **51·42**	9·76 **33·54**	6·39 **19·79**
40—49 „	25·00	18·90	9·28
50—59 „	19·81	20·73	18·14
60—69 „	14·15	18·60	24·95
70 u. m. „	14·62	27·13	37·12
	100·00	100·00	100·00
Zahl der Gestorbenen .	212	328	485

Tabelle 17.

Altersklassen	Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener med. Doktorenkollegiums gest. 1851—1903	Barmherz. Brüder in Wien[1]) gest. 1851—1902	Barmherz. Brüder in Graz gest. 1850—1903	Barmherzige Brüder (Wien) gestorben in den Jahren	
				1851—1875	1876—1902
bis 30 J.	.	17·36	28·57	15·69	19·23
üb. 30—40 „	3·47 15·20	14·25 47·93	28·57 71·43	12·74 43·13	15·93 53·29
„ 40—50 „	11·73	16·32	14·29	14·70	18·13
„ 50—60 „	26·93	17·36	12·50	20·59	13·74
„ 60—70 „	28·27	16·32	7·14	20·10	12·09
„ 70 „	29·60	18 39	8·93	16·18	20·88
	100·00	100·00	100·00	100·00	100·00
Zahl d. Gestorb. .	375	386	56	204	182

[1]) Österr.-böhm. Ordensprovinz.

Es mangelte leider an Material, um den Altersaufbau der in Österreich lebenden, respektive der für diese Arbeit in Betracht kommenden Ärzte genau zu konstatieren, ein Mangel, der sich bei der großen Anzahl der Beobachtungen überall geltend machen wird. Es wurde daher versucht, durch einen Vergleich der Altersverteilungen anderer Lebenden und Gestorbenen und deren Sterbeziffern einen Einblick in die Altersverteilung der lebenden österreichischen Ärzte, wovon der Altersaufbau für die Verstorbenen sowie die Sterbeziffern bekannt sind, zu gewinnen. Es standen:

in	im Alter von	lebende Männer	verstorbene Männer	Differenz
Wien	über 20 bis 50 Jahren	79·63 Proz.	46·60 Proz.	+ 33·03
	„ 50 „	20·37 „	53·40 „	— 33·03
	Zusammen . .	100·00	100·00	
Niederösterr. (ohne Wien)	über 20 bis 50 Jahren	70·17 Proz.	29·13 Proz.	+ 41·04
	„ 50 „	29·83 „	70·87 „	— 41·04
	Zusammen . .	100·00	100·00	
ganz Österreich	über 20 bis 50 Jahren	72·81 Proz.	33·52 Proz.	+ 39·29
	„ 50 „	27·19 „	66·48 „	— 39·29
	Zusammen . .	100·00	100·00	
der Schweiz (1881—1890) . . .	20 bis 49 Jahren	69·19 Proz.	31·25 Proz.	+ 37·94
	50 und mehr „	30·81 „	68·75 „	— 37·94
	Zusammen . .	100·00	100·00	

Aus der Zusammenstellung ist zu ersehen, 1. daß in Wien mehr Männer im Alter bis 50 Jahren starben als in Österreich und in der Schweiz, 2. daß in Wien mehr junge Männer lebten als in diesen beiden Ländern und 3. daß in Wien nicht nur deshalb mehr jüngere als ältere Männer verschieden, weil eben hier die ersteren in größerer Zahl vertreten waren, sondern daß in Wien auch die Mortalität der jüngeren Personen höher sein mußte; denn die positive Differenz zwischen den Prozenten der Lebenden und der Verstorbenen ist kleiner als in Österreich und der Schweiz. Am kleinsten war die Mortalität der bis zu 50 Jahren alten Männer in Niederösterreich, da hier die Differenz + 41·04 am größten ist (vgl. auch Tabelle 35).

Die Verteilung der verstorbenen Ärzte war nun folgende:

in Wien starben Ärzte	bis zu 50 Jahren	29·53
	über 50 Jahre	70·47
		100·00
in Niederösterreich	bis 50 Jahre	16·80
	über 50 Jahre	83·20
		100·00
in Österreich	bis 50 Jahre	29·76
	über 50 Jahre	70·24
		100·00

Wir wissen, daß die Mortalität der Ärzte in Wien am kleinsten, die der Ärzte in Niederösterreich am größten war; wir müssen auch annehmen, daß die Mortalität der jüngeren Ärzte in Wien kleiner war, denn Tuber-

kulose und Selbstmord kam hier verhältnismäßig unter den Ärzten weniger vor, daher muß die „Differenz" in Wien für Ärzte bedeutend größer als für die Bevölkerung ausfallen.

Angenommen für die Wiener Ärzte den Altersaufbau der lebenden Männer in Wien, so resultiert eine „Differenz", welche der Wahrheit sich sehr nähern dürfte. Die Differenz wäre etwas kleiner, wenn die Ärzte statt mit 25 Jahren mit 20 Jahren in den Beruf eintreten würden.

im Alter	lebten Männer	starben Ärzte	Differenz
bis zu 50 Jahren	79·63	29·53	+ 50·10
über 50 Jahre	20·37	70·47	— 50·10
	100·00	100·00	

In Niederösterreich war die Mortalität der Ärzte am größten, weil die älteren Ärzte in der Mehrzahl waren, und wir müssen annehmen, daß so wie „in den übrigen Städten und Gemeinden" so auch hier die Mortalität der jüngeren zwischen der Mortalität von Wien (am kleinsten) und der von den Hauptstädten (am größten) lag, also etwas größer wie in Wien war; denn Selbstmord und Tuberkulose, die häufigsten Todesursachen der jüngeren Jahre, kamen am wenigsten in Wien und am meisten in den übrigen Hauptstädten vor, siehe Tabelle 50 bis 51. Wir sehen daher, daß, während die Sterblichkeit der jungen Männer in Wien am größten, in Niederösterreich am kleinsten ist, sie umgekehrt für die jungen Ärzte in Wien am kleinsten und in Niederösterreich größer ist.[1])

Danach muß die „Differenz" für Niederösterreich kleiner ausfallen als die für Wien. Angenommen den Altersaufbau der lebenden Männer in Niederösterreich:

im Alter	lebten Männer	starben Ärzte	
bis zu 50 Jahren	70·17 Prozent	16·80 Prozent	+ 53·37
über 50 Jahre	29·83 „	83·20 „	— 53·37
	100·00	100·00	

Es resultiert aber eine größere Differenz, als erwartet wurde, weil eben im Altersaufbau der Männer von Niederösterreich auch die jüngeren Elemente, die sich mehr in den Städten aufhalten, mitgezählt wurden, während von den Ärzten nur die der Landgemeinden in Betracht kamen.

In ganz Österreich lag die Mortalität der jüngeren Personen, sowohl Bevölkerung als Ärzte, zwischen der Mortalität von Wien und der von Niederösterreich, d. h sie war größer für die Ärzte und kleiner für die Bevölkerung als in Wien (siehe Tabelle 35), daher muß die Differenz für die österreichischen Ärzte kleiner ausfallen.

Angenommen den Altersaufbau der österreichischen männlichen Bevölkerung:

[1]) Steigende Reihenfolge der Sterblichkeit für die jungen Ärzte: Wien, ganz Österreich, Niederösterreich, Hauptstädte. — Für die jungen Männer: Niederösterreich, ganz Österreich, Wien.

Im Alter	lebten Männer	starben Ärzte	Differenz
bis zu 50 Jahren	72·81 Prozent	29·76 Prozent	+ 43·05
über 50 Jahre	27 19 „	70 24 „	— 43·05
	100·00	100·00	

Es resultiert auch eine entsprechend kleinere Zahl als Differenz.

Wir können daher annehmen, daß in Wien und in Österreich die Ärzte ungefähr so verteilt waren wie die Bevölkerung. So waren auch ungefähr die Ärzte in Württemberg 1895 und die Ärzte in Budapest 1881 verteilt; während die Ärzte der Landgemeinden in Niederösterreich so verteilt sein dürften wie die versicherten österreichischen Ärzte:

	Versicherte Ärzte		
Im Alter	lebten 1886	starben 58/93	Differenz
bis zu 50 Jahren	40·28	16·33	+ 23·95
über 50 Jahre	59·72	83·67	— 23 95
	100·00	100·00	

Je kleiner die Differenz zwischen den Prozenten der Lebenden und den der Gestorbenen, desto größer ist die Sterblichkeit bis zu 50 Jahren, vorausgesetzt, daß im Altersaufbau der Lebenden die Altersklassen bis zu 50 Jahren besser vertreten sind als die über 50 Jahre.

Es folgen in Tabelle 8 bis 17 Altersverteilungen von verstorbenen Ärzten, Angehörigen anderer Berufe, sowie Männern nach Stadt und Land getrennt.

In den Städten finden wir so wie in Wien prozentuell mehr Sterbefälle in den Altersstufen bis zu 50 Jahren als auf dem Lande, weil sich in den Städten mehr jüngere als ältere Personen aufhalten, aber auch weil die städtische Bevölkerung in den mittleren Lebensjahren größere Sterbeziffern aufweist. In Wien, dessen Mortalität bekanntlich kleiner ist als die Österreichs, starben im Jahre 1900 Männer zu 30 bis 70 Jahren 2·20 pro Hundert, während in Österreich nur 2·02 Prozent der in demselben Alter Lebenden mit Tod abgingen.

Die größere Mortalität der Advokaten in Budapest im Alter von 30 bis 50 Jahren, als die der Ärzte und Bevölkerung im gleichen Alter, erklärt sich dadurch, daß erstere die Altersgruppe 30 bis 50 Jahre besser besetzt hatten als die letzteren (siehe Anm. zu Tabelle 2).

Die Minderbesetzung der Altersklasse bis 30 Jahre durch die verstorbenen Ärzte in Budapest, als durch Beamte, Lehrer und Bevölkerung, erklärt sich aus dem obigen Grunde, die Minderbesetzung der Altersklasse 30 bis 50 Jahre dadurch, daß Ärzte in diesem Alter weniger der Gefahr des Todes ausgesetzt sind als andere Berufe. Tabelle 12 zeigt, daß Ärzte nicht nur deshalb weniger sterben als die männliche Bevölkerung im Alter von 20 bis 50 Jahren, weil sie eben in den Beruf erst mit dem 25. Lebensjahre eintreten, sondern überhaupt; denn die Zusammenstellung für Württemberg vom 25. Jahre angefangen zeigt ebenfalls eine größere Besetzung des

Alters 25 bis 49 Jahre als die korrespondierende Darstellung für die württembergischen Ärzte.

Auffallend ist in der Schweiz die sehr verschiedene prozentuelle Verteilung der Todesfälle. Krankenpfleger und Apotheker starben viel in jüngeren Jahren; Tierärzte und Geistliche sehr wenig; was nicht allein durch das verschiedene Alter der Lebenden, sondern auch durch die größere Sterbensgefahr bei ersteren und durch die geringere bei letzteren zu erklären ist.

Die barmherzigen Brüder Wiens[1]) zeigen in den einzelnen Altersgruppen fast gleiche Prozentsätze und bei den barmherzigen Brüdern in Graz ist die relative Verteilung umgekehrt als die normale, was nicht bloß als Folge des gegenwärtigen Standes im Alter der Lebenden, denn auch andere männliche Berufe sind mehr in den jüngeren als in den älteren Jahren vertreten, sondern als Folge der größeren Sterblichkeit speziell der jüngeren Personen anzusehen ist.[2]) Wir werden auf das merkwürdige Verhältnis bei den barmherzigen Brüdern zurückkommen.

Vergleiche zwischen früheren und späteren Zeiten (Tabelle 15 und 16): Es verstarben immer weniger Ärzte im jüngeren Alter, trotzdem sich der Altersaufbau im Laufe der Zeit zugunsten der jüngeren Jahre änderte. Ein Zeichen dafür, daß sich die Sterblichkeitsverhältnisse namentlich der jungen Ärzte besonders gebessert haben. Vgl. auch S. 106.

c) Das Durchschnittsalter.

Tabelle 18.

Durchschnittsalter der verstorbenen Ärzte.

1. In Wien				2. In den übrigen Hauptstädten*)			
im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.	im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1894	2011·0	32	62·84	1894	1498·5	27	55·50
1895	1347·5	23	58·59	1895	1297·0	22	58·95
1896	1548·5	25	61·94	1896	2037·5	33	61·74
1897	1453·5	23	63·20	1897	1063·0	20	53·15
1898	1285·5	21	61·21	1898	1543·5	27	57·17
1899	1891·0	34	55·62	1899	1713·0	30	57·10
1900	1277·5	25	51·10	1900	1606·0	30	53·53
1901	1278·5	23	55·59	1901	1810·0	32	56·56
1902	1664·0	28	59·43	1902	1523·5	29	52·53
1903	1218·0	20	60·90	1903	2209·0	38	58·13
im Jahrzehnt				im Jahrzehnt			
1894–1903	14975·0	254	58·96	1894–1903	16301·0	288	56·60
			rund 59 J.				rund 57 J.

[1]) Siehe Tabelle 17. — [2]) Fast dasselbe Verhältnis bestand auch bei den württembergischen Ärzten in den Jahren 1810—1835, siehe Tabelle 16.

*) Inklusive Krakau.

Tabelle 19.

1 + 2. In Wien und den übrigen Hauptstädten				3. In den übrigen Städten und Gemeinden			
im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.	im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1894	3509·5	59	59·48	1894	1620·5	27	60·02
1895	2644·5	45	58·77	1895	1330·0	22	60·45
1896	3586·0	58	61·83	1896	1358·5	23	59·07
1897	2516·5	43	58·52	1897	1663·0	26	63·96
1898	2829·0	48	58·94	1898	1114·0	20	55·70
1899	3604·0	64	56·31	1899	1233·5	21	58·74
1900	2883·5	55	52·43	1900	1763·0	30	58·77
1901	3088·5	55	56·15	1901	1797·5	31	57·98
1902	3187·5	57	55·92	1902	1122·5	21	53·45
1903	3427·0	58	59·09	1903	1374·0	26	52·85
im Jahrzehnt				im Jahrzehnt			
1894–1903	31276·0	542	**57·70**	1894–1903	14376·5	247	**58·20**
			rund 58 J.				rund 58 J.

Tabelle 20.

4. In den Landgemeinden von Nied.-Österr.				3 + 4. In den übrigen Städten und Landgemeinden			
im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.	im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1894	665·0	10	66·50	1894	2285·5	37	61·77
1895	620·0	10	62·00	1895	1950·0	32	60·94
1896	724·0	12	60·33	1896	2082·5	35	59·50
1897	788·0	12	65·67	1897	2451·0	38	64·50
1898	1039·0	18	57·72	1898	2153·0	38	56·66
1899	1091·5	17	64·21	1899	2325·0	38	61·18
1900	1287·5	21	61·31	1900	3050·5	51	59·81
1901	245·0	4	61·25	1901	2042 5	35	58·36
1902	912·0	14	65·14	1902	2034·5	35	58·13
1903	426·5	7	60·93	1903	1800·5	33	54·56
im Jahrzehnt				im Jahrzehnt			
1894–1903	7798·5	125	**62·39**	1894–1903	22175·0	372	**59·61**
			rund 62 J.				rund 60 J.

Tabelle 21.

1—4 In Österreich				5 In Bosnien			
im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.	im Jahre	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1894	5795·0	96	60·36	1894	.	.	.
1895	4594·5	77	59·67	1895	112·0	2	56·00
1896	5668·5	93	60·95	1896	92·0	2	46·00
1897	4967·5	81	61·33	1897	138·5	3	46·17
1898	4982·0	86	57·93	1898	69·5	1	69·50
1899	5929·0	102	58·13	1899	81·0	2	40·50
1900	5934·0	106	55·98	1900	.	.	.
1901	5131·0	90	57·01	1901	93·0	2	46·50
1902	5222·0	92	56·76	1902	142·5	3	47·50
1903	5227·5	91	57·45	1903	111·0	2	55·50
im Jahrzehnt				im Jahrzehnt			
1894–1903	53451·0	914	**58·48**	1894–1903	839·5	17	**49·38**

Tabelle 22.

In den Hauptstädten	im Jahrzehnt	Summe der erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
Wien	1894—1903	14975·0	254	58·96
Linz	1894—1903	409·0	8	51·13
Salzburg	1894—1903	485·0	10	48·50
Graz	1894—1903	1927·5	31	**62·18**
Klagenfurt	1894—1903	284·0	6	47·33
Laibach	1894—1903	205·0	4	51·25
Triest	1894—1903	1269·5	23	55·20
Innsbruck	1894—1903	778·5	11	**70·77**
Prag	1894—1903	3885·0	70	55·50
Brünn	1894—1903	348·0	6	58·00
Troppau	1894—1903	315·5	5	**63·10**
Lemberg	1894—1903	3002·5	53	56·65
Krakau	1894—1903	2716·0	50	54·32
Czernowitz	1894—1903	366·0	6	**61·00**
Zara	1894—1903	309·5	5	**61·90**
Zusammen	1894—1903	31276·0	542	**57·70**

Tabelle 23.

Versicherte Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums.

Im Jahrzehnt	Summe d. erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1758—1767	549·5	11	49·95
1768—1777	1425·0	30	47·50
1778—1787	3038·0	62	49·00
1788—1797	3501·5	67	52·26
1798—1807	4130·5	73	56·58
1808—1817	3658·5	61	59·98
1818—1827	2346·5	35	67·04
1828—1837	2466·0	34	72·53
1838—1847	1055·0	16	65·94
1848—1857	989·5	21	47·12
im Jahrh.			
1758—1857	23160·0	410	**56·49**

Im Dreijahr	Snmme d. erlebten Jahre	Zahl der Verstorb.	Durchschnittsalter der Verstorb.
1858—1860	372·0	8	46·50
1861—1863	582·0	10	58·20
1864—1866	590·5	11	53·68
1867—1869	922·5	17	54·26
1870—1872	643·0	12	53·58
1873—1875	1205·5	21	57·40
1876—1878	1395·5	23	60·67
1879—1881	1763·5	29	60·81
1882—1884	1981·5	31	63·92
1885—1887	2077·5	31	67·00
1888—1890	2155·5	33	65·32
1891—1893	1716·5	25	68·66
in 36 Jahren			
1858—1893	15405·5	251	**61·38**
im Jahrzehnt			
1894—1903	7264·5	109	**66·65**
in 46 Jahren			
1858—1903	22670·0	360	62·97
1758—1903		770	

Tabelle 24.

Durchschnittsalter der verstorbenen Ärzte.

In den Jahren	in	nach	Durchschnittsalter	Zahl der verstorbenen Ärzte
1804—1837	**Württemberg**	**König**	**51·10**	218
1804—1862	„	**Gussmann**	**54·91**	403
1804—1862	**Baden**	„	54·19	325
1804—1883	**Württemberg**	**Hettich**	**57·70**	904
1866—1885	**Sachsen**	**Geissler**	60·60	690

Tabelle 25.

Durchschnittsalter der verstorbenen Barmherzigen Brüder.

In den Jahren	in	Durchschnittsalter
1851—1875	**Wien**	49·61
1876—1902	„	50·33
1850—1903	**Graz**	41·75
1894—1903	**Neuburg**	54·15

Das erreichte Durchschnittsalter der österreichischen Ärzte beim Tode schwankt zwischen rund **57** und **62** Jahren. Dies hängt mit den früher gemachten Bemerkungen über die Verschiedenheit der Altersbesetzung bei Lebenden sowie auch mit der Sterblichkeit in den verschiedenen Altersstufen zusammen.

Das Wiener medizinische Doktorenkollegium hat uns die Sterberegister ihrer versicherten Ärzte seit 150 Jahren übergeben. Das Material wies zwar betreffs der Sterbejahre und namentlich der Todesursachen einige Lücken auf, bot aber doch immerhin manches Interessante in bezug auf die Vergangenheit.

Was nun die versicherten Ärzte anlangt, so ersieht man, daß diese Kategorie von Ärzten, abgesehen von größeren und kleineren Schwankungen innerhalb eines so großen Zeitraumes der Beobachtung, welche Schwankungen hauptsächlich mit Kriegen und Epidemien in Zusammenhang gebracht werden müssen, im ganzen doch ein immer höher werdendes Alter beim Tode erreicht hat. Eine Tatsache, die durch die besser werdenden Lebensbedingungen der Ärzte und die Fortschritte der Prophylaxis, namentlich der Antiseptik erklärt ist, um so mehr als sich die prozentuelle Verteilung im Altersaufbau der lebenden versicherten Ärzte im Laufe der Zeit zum Vorteil der jüngeren verschoben hat.

Auch die württembergischen Ärzte zeigen ein immer höheres Alter beim Tode (Tabelle 24), obwohl auch hier immer mehr jüngere als ältere Ärzte leben (Tabelle 2).

Durchschnittsalter der an **Altersschwäche** Gestorbenen.

Tabelle 26.

	In den Jahren	Durchschnittsalter	Rund	Zahl der Gestorb.
Ärzte in Wien	1894—1903	79·79	80 Jahre	24
„ in den übrigen Hauptstädten .	1894—1903	81·44	81 „	35
„ in den anderen Städten u. Gem.	1894—1903	80·87	81 „	30
				89
Barmherzige Brüder in Wien	1851—1875	76·05	76 Jahre	29
„ „ „ „	1876—1903	77·35	77 „	34
„ „ „ Graz	1894—1903	76·17	76 „	6
„ „ „ Neuburg . .	1894—1903	82·50	82 „	5
				74

Das Durchschnittsalter von an sogenannter „Altersschwäche" Verstorbenen wird unseres Wissens zum ersten Male berechnet; daher ist die Möglichkeit der Gegenüberstellung ähnlich gefundener Zahlen ausgeschlossen. Aus der Zusammenstellung geht aber soviel hervor, daß, wenn ein Arzt an „Altersschwäche" stirbt, er ein höheres Alter erreicht als ein an Altersschwäche verstorbener Barmherziger Bruder, abgesehen von den Barm-

herzigen Brüdern in Neuburg, deren Mortalitätsverhältnisse sich ungleich günstiger stellen als die der übrigen Barmherzigen Brüder in Wien und Graz.

Von den beobachteten Ärzten starben im Alter von über 90 Jahren (1894 bis 1903).

Tabelle 27.

In	Zahl der Gestorb.	Alter der Gestorb.	
Prag	1	95	
„	2	92	
Lemberg	1	90	
Prerau	1	96	
Kolin	1	94	
Karlsbad	1	98	
Nied.-Österr. (Landgem.) .	1	91	
Zusammen . .	8	93·50	durchschnittlich

d) Die Sterbeziffern.

Ist die Sterbeziffer eines Berufes oder einer Bevölkerung, nach Alter und Geschlecht geschieden, bekannt, so genügt, nur noch die Verteilung der Todesursachen in Erfahrung zu bringen, um genau über die Mortalitätsverhältnisse unterrichtet zu sein. Leider war aber das Alter von den für diese Arbeit in Betracht kommenden lebenden Ärzten nicht zu ermitteln; wir werden nun versuchen, diesen Mangel zu ersetzen. Tabelle 28 bringt die Sterbeziffern der Ärzte und der erwachsenen Männer, Tabelle 29 bis 33 die der Ärzte zu verschiedenen Zeiten zur Darstellung. Die Tabellen 34 bis 38 behandeln die Mortalität der nichtösterreichischen Ärzte und der männlichen Bevölkerung von Österreich sowie anderen Ländern nach Altersklassen.

Aus den Zahlen der erwähnten Tabellen ist zu sehen, daß wie immer geartet auch die Altersbesetzungen der österreichischen lebenden Ärzte[1]) sein mögen, stets eine geringere Sterblichkeit der Ärzte als die der Bevölkerung Österreichs resultiert:

Die Sterbeziffern der ersteren sind 1·01 (Wien), 2·02 (Niederösterreich) und 1·56 (ganz Österreich) pro Hundert. Die Sterbeziffer der über 25 Jahre alten Männer befindet sich zwischen 1·96 und 2·66 in Wien, zwischen 2·18 und 2·80 in Niederösterreich und 2·19 und 2·80 in ganz Österreich, daher in allen Fällen größere Zahlen als die früher erwähnten. Dasselbe gilt auch für Preußen, Frankreich und die Schweiz.

Vergleicht man die für die württembergischen, englischen, Schweizer und Pariser Ärzte gefundenen Zahlen mit den korrespondierenden von Bevölkerung und anderen Berufen, so muß auffallen, daß selbst diese Ärzte, deren Mortalität bedeutend größer ausfiel als die der österreichischen Ärzte, eine im Verhältnis zu anderen Ziffern in den meisten Fällen niedrigere Sterblichkeit aufweisen.

[1]) Wir sahen, daß die Ärzte ungefähr so verteilt sein müssen, wie die Bevölkerung; es handelt sich hier daher hauptsächlich um die Besetzung der Altersklasse von 20 bis 30 Jahren.

Tabelle 28.

Sterbeziffern

der Ärzte in Wien	1894—1903	1·01
„ „ „ den übrigen Hauptstädten	1894—1903	1·63
„ „ „ den übrigen Städten und Gemeinden	1894—1903	1·92
„ „ „ den Landgemeinden von Niederösterreich	1894—1903	2·02
„ „ „ **Österreich**	1894—1903	1·56[1]
„ „ der Witwen- und Waisen-Sozietät	1894—1903	2·94
„ Barmherzigen Brüder in Neuburg	1894—1903	1·57
„ „ „ „ Wien	1891—1900	2·67
„ „ „ „ Graz	1898—1903	3·91
„ Männer in Wien (über 20 Jahre alt)	1900	1·96[2]
„ „ „ „ („ 30 „ „)	1900	2·66[2]
„ „ „ Niederösterreich (ohne Wien) (über 20 Jahre alt)	1900	2·18[2]
„ „ „ „ „ („ „) („ 30 „ „)	1900	2·80[2]
„ „ „ **Österreich** (über 20 Jahre alt)	1900	2·19[2]
„ „ „ „ („ 30 „ „)	1900	2·80[2]
„ „ „ der Schweiz (von 20 Jahren an)	1881—1890	2·34
„ „ „ „ „ („ 30 „ „)	1881—1890	2·94

[1]) Von den beobachteten Ärzten Österreichs waren 38% Wiener Ärzte; daher die niedrige Sterbeziffer. — [2]) Diese Ziffern wurden unter Zugrundelegung des Bevölkerungsstandes am 31. Dezember 1900 und der Zahl der Gestorbenen im Jahre 1900 berechnet; da einerseits die Berechnung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Österreich nicht erfolgt und anderseits die Todesfälle für das Jahr 1901 noch nicht publiziert waren.

Tabelle 29.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Ärzte in **Wien.**

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang +	Abgang —	Gestorben —	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten
1894	1807	395	269	32	1901	1·71
1895	1901	350	238	23	1990	1·18
1896	1990	366	245	25	2086	1·22
1897	2086	373	276	23	2160	1·08
1898	2160	358	239	21	2258	0·95
1899	2258	327	215	34	2336	1·47
1900	2336	394	288	25	2417	1·05
1901	2417	386	290	23	2490	0·93
1902	2490	351	245	28	2568	1·10
1903	2568	357	244	20	2661	0·76
1894—1903	22013	3657	2549	254	22867	
Durchschnitt .	2201·3	365·7	254·9	25·4	2286·7	1·01
	2567·0		2567·0			

Tabelle 30.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Ärzte in den **Hauptstädten** (mit Ausschluß von Wien).

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang	Abgang	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten
		+				
1894	1340	61		27	1374	1·97
1895	1374	137		22	1489	1·53
1896	1489	60		33	1516	2·17
1897	1516	109		20	1605	1·27
1898	1605	188		27	1766	1·59
1899	1766	106		30	1842	1·65
1900	1842	159		30	1971	1·56
1901	1971	135		32	2074	1·57
1902	2074	120		29	2165	1·36
1903	2165	79		38	2206	1·72
1894—1903	17142	1154		288	18008	
Durchschnitt .	1714·2	115·4		28·8	1800·8	1·63
		1829·6			1829·6	

Tabelle 31.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der in Betracht kommenden Ärzte der „**übrigen Städte und Gemeinden**" Österreichs.

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang	Abgang	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten
		+				
1894	1002	67		27	1042	2·61
1895	1042	71		22	1091	2·04
1896	1091	72		23	1140	2·04
1897	1140	82		26	1196	2·20
1898	1196	89		20	1265	1·61
1899	1265	94		21	1338	1·60
1900	1338	91		30	1399	2·17
1901	1399	108		31	1476	2·13
1902	1476	63		21	1518	1·39
1903	1518	66		26	1558	1·68
1894—1903	12467	803		247	13023	
Durchschnitt .	1246·7	80·3		24·7	1302·3	1·92
		1327·0			1327·0	

Tabelle 32.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Ärzte in den Landgemeinden von Niederösterreich.

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang	Abgang	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten	
		+					
1894	549	17		10	556	1·79	
1895	556	31		10	577	1·75	
1896	577	26		12	591	2·03	
1897	591	26		12	605	1·99	
1898	605	24		18	611	2·92	
1899	611	23		17	617	2·73	
1900	617	39		21	635	3·30	
1901	635	20		4	651	0·62	1·96
1902	651	29		14	666	2·10	
1903	666	31		7	690	1·03	
1894—1903	6058	266		125	6199		
Durchschnitt . .	605·8	26·6		12·5	619·9	2·02	
	632·4			632·4			

Tabelle 33.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der beobachteten Ärzte in Österreich.

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang	Abgang	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten
		+				
1894	4582	293		96	4779	2·03
1895	4779	356		77	5058	1·55
1896	5058	272		93	5237	1·79
1897	5237	336		81	5492	1·50
1898	5492	396		86	5802	1·51
1899	5802	355		102	6055	1·71
1900	6055	392		106	6341	1·70
1901	6341	367		90	6618	1·38
1902	6618	311		92	6837	1·36
1903	6837	276		91	7022	1·30
1894—1903	56801	3354		914	59241	
Durchschnitt . .	5680·1	335·4		91·4	5924·1	1·56
	6015·5			6015·5		

Sterbeziffern in den verschiedenen Altersklassen.

Von je 100 den nebenstehenden Altersklassen angehörigen Personen starben während des Jahres.

Tabelle 34.

Ärzte in Württemberg (Weinberg)			Männer in Preußen[1])		
Altersklassen	1810—1816	1866—1895	Altersklassen	1875	1900
bis 29	3·9	0·68	über 25—30	0·88	0·61
30—39	2·4	0·63	„ 30—40	1·10	0·81
40—49	3·3	1·29	„ 40—50	1·67	1·48
50—59	4·2	2·85	„ 50—60	2·76	2·50
60—69	11·4	4·79	„ 60—70	5·43	5·24
70—79	18·9	11·11	„ 70—80	11·50	10·33
80—89	16·7	17·78	„ 80	23·53	26·57
90 u.m.	.	25·00			
Sterbeziffer überhaupt	4·07	2·63			

[1]) Preußische Statistik 171. Die Sterblichkeit 1900.

Tabelle 35.

Altersklassen	Männer in Wien[1]) 1900			Männer in N.-Österr. (ohne Wien)[1]) 1900			Männer in Österreich[1]) 1900		
über 20—30	0·75			0·62			0·77		
„ 30—40	1·12			0·87			0·93		
„ 40—50	1·91			1·28			1·45		
„ 50—60	3·11			2·32			2·58[2])		
„ 60—70	5·83	2·66	1·96	4·45	2·80	2·18	5·30	2·80	2·19
„ 70—80									
„ 80—90	14·91			15·21			15·51		
„ 90 u.m.									
Sterbeziffer d. männlichen Bevölkerung überhaupt	2·19			2·47			2·62		

[1]) Österreichische Statistik. — [2]) Bei Berechnung dieser Sterbeziffer ist die Zahl der Gestorbenen in der Tabelle der österreichischen Statistik richtigzustellen: 25.690 statt 25·960.

Tabelle 36.

Altersklassen	Männer in Frankreich[1]) 1890—1892	Männer in der Schweiz[2]) 1881—1890		
20—29	0·85	0·74		
30—39	1·00	1·01		
40—49	1·39	1·55		
50—59	2·26	2·58		
60—69	4·79	5·05	2·94	2·34
70—79	10·81	11·53		
80—89	21·91	23·93		
90 u.m.	31·41			
Sterbeziffer d. männl. Bevölk. überhaupt	2·39	2·18		

[1]) Mouvement de la population 1901. — [2]) Schweizerische Statistik 137. Die Todesursachen.

Anm. Die Zahlen für die Männer Preußens, Frankreichs, Österreichs und der Schweiz sind mit den korrespondierenden der württemberg. Ärzte 1866 bis 1895 in Vergleich gezogen worden

Tabelle 37.

Altersklassen	Württemb. Ärzte [1] 1865–1895	Württemb. Männer [2] 1876–1886	Altersklassen	Pariser Ärzte [2] 1885–1888	Pariser Männer [2] 1885–1888	Altersklassen	Englische Ärzte [2] [3] 1890–1892	Englische Männer [2] 1890–1892
25—34	0·72	0·77	20—30	0·99	1·11	25—34	0·67	0·77
35—44	0·78	1·10	30—40	1·13	1·49	35—44	1·49	1·30
45—54	1·84	1·76	40—50	0·98	2·12	45—54	2·10	2·14
55—64	3·70	3·39	50—60	2·19	3·10	55—64	3·42	3·90
65—74	7·48	7·16				65 u.m.	11·24	10·36

Tabelle 38.

Altersklassen	1885—1888		1879—1882	
	Pariser Ärzte	Pariser Advokaten	Schweizer Ärzte	Schweizer Advokaten
20—30	0·99	0·98	1·15	1·25
30—40	1·13	1·16	1·00	1·71
40—50	0·98	1·11	2·31	1·93
50—60	2·19	2·28	2·64	4·24
60—70	.	.	7·20	5·90

[1]) S. Weinberg. — [2]) S. Kruse. Den Sterbeziffern der Pariser Ärzte liegen offenbar für eine so kurze Periode 1885—1888 kleine Zahlen zugrunde, daher die geringe Sterblichkeit im Alter von 40—50 Jahren. — [3]) Kurze Periode.

Das Schema auf Tabelle 39.

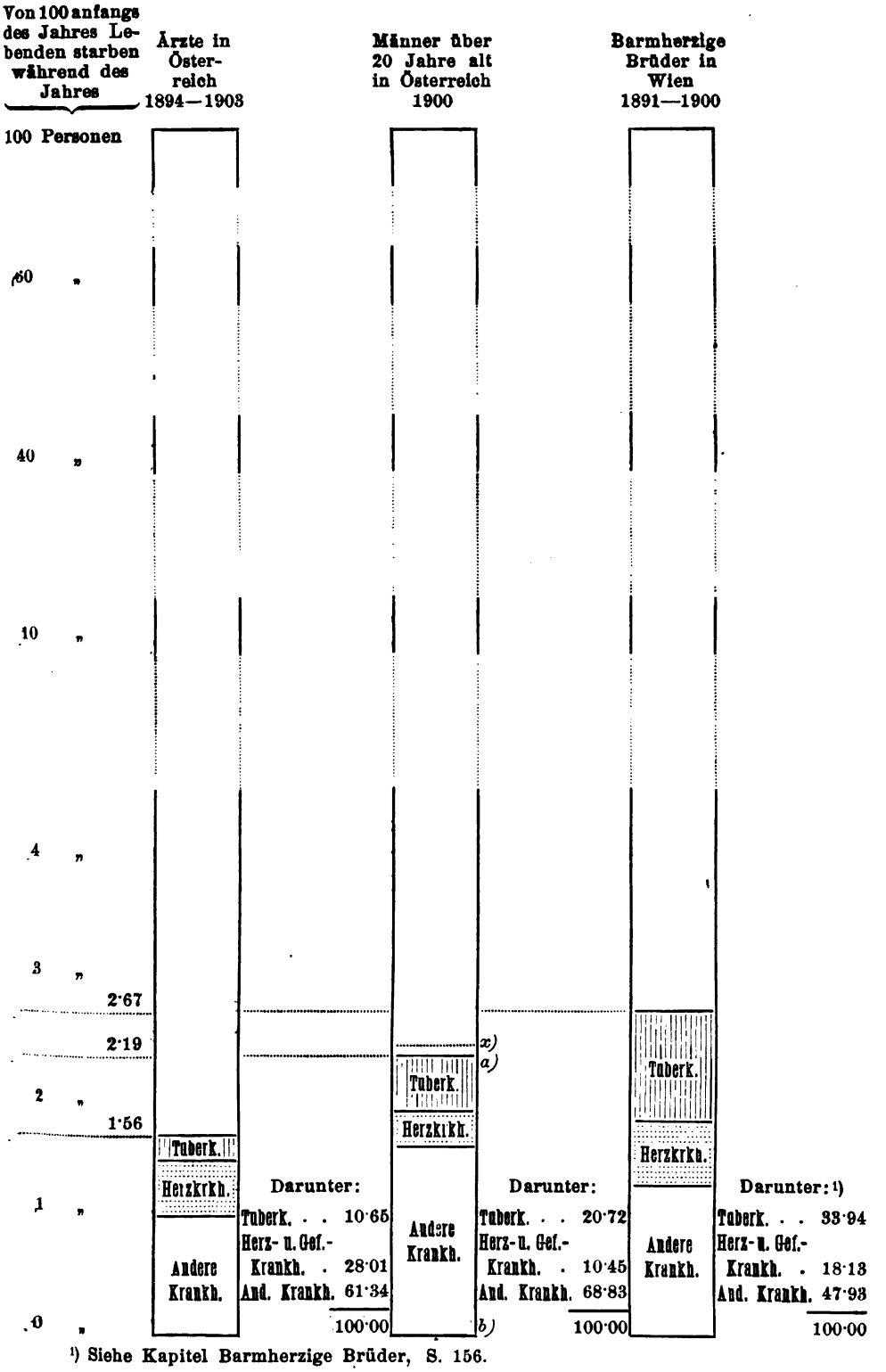
Zur besseren Verständigung der Begriffe Sterbeziffer und Todesursachen wollen wir an dieser Stelle eine einfache schematische Darstellung einschalten, gewissermaßen als Bindeglied zwischen beiden Kapiteln.

Von 100 Anfang des Jahres lebenden Ärzten in Österreich starben 1894 bis 1903 im Laufe des Jahres im Durchschnitte (siehe Tabelle 33) 1·56. Von 100 zu Anfang eines Jahres lebenden Männern im Alter von über 20 Jahren, sterben jährlich 2·19. Davon im ersteren Falle 10·65 Prozent, im zweiten Falle 20·72 Prozent an Tuberkulose. Männer über 25 Jahre zeigen eine noch größere Mortalität, etwa 2·30 rund, daher muß man sich die Darstellung im Schema um ein geringes größer vorstellen, sowohl in bezug auf Mortalität als auch hinsichtlich der Todesursachen.[1]) Man denke sich, die Zeichnung von a bis b sei ein elastisches Band und ziehe daran bis zum Punkte in x beim Vergleiche mit Mortalität und Todesursachen der Ärzte und lasse die Zeichnung, wie sie ist bei der Konfrontierung mit dem Schema für die barmherzigen Brüder.

Ein Blick auf das Schema läßt die Tatsache erkennen, daß nicht die prozentuelle Verteilung der Todesursachen allein, sondern diese in Verbindung mit der Sterblichkeit einen richtigen Einblick in die Mortalitätsverhältnisse gestattet. Ärzte in Österreich starben 10·65 pro Hundert

[1]) Ausgenommen die Tuberkulose, deren Verhältniszahl gleich groß bleibt. Siehe Anm. 1 S. 112.

Tabelle 39.



[1]) Siehe Kapitel Barmherzige Brüder, S. 156.

der Verstorbenen an Tuberkulose, Männer in Österreich 20·72.[1]) Aber nicht zweimal, sondern fast dreimal soviel als die Ärzte starb die männliche Bevölkerung an Tuberkulose und nicht dreimal, sondern nur fast zweimal sowenig an Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße.

Zu denselben Resultaten gelangt man, wenn man die einzelnen Todesursachen, analog der Sterblichkeit, auf die Lebenden berechnet, oder auch wenn man die sogenannte Standardberechnung anwendet. Beides haben wir, um die Sache nicht zu komplizieren, unterlassen.

c) Todesursachen.

Tabelle 40 (S. 116 bis 117) enthält die Todesursachen von über 5000 verstorbenen Ärzten.

In Wien starben die Ärzte weniger an Tuberkulose und Selbstmord als im übrigen Österreich, umgekehrt wie die Bevölkerung Wiens, siehe Tabelle 52, und gleich der Wiener Bevölkerung mehr an Krankheiten der Zirkulationsorgane. Am meisten Selbstmord kam in den übrigen Hauptstädten vor; am meisten Infektionen, namentlich Influenza und Wundinfektionen unter den Landärzten.

Die württembergischen Ärzte weisen wie die versicherten Ärzte größere Prozente von an Infektionskrankheiten Gestorbenen auf. Addiert man zu den Infektionskrankheiten die „Lungenentzündungen", so erhält man für die österreichischen Ärzte die Zahl 12·04, für die versicherten 14·87 und für die württembergischen 14·30. Diese Differenzen erklären sich damit, daß die Beobachtungen beider letzteren Kategorien sich auf ältere Perioden erstrecken; erklärt ist auch dadurch das relativ seltenere Vorkommen von Krebs, Diabetes und Nephritis, Krankheiten, die früher seltener diagnostiziert wurden. Die früheren Ärzte starben auch mehr an Gehirnschlagfluß, weniger an Selbstmord und Altersschwäche als die jetzigen.

Die relativ geringere Zahl der an Herzkrankheiten gestorbenen württembergischen Ärzte findet darin ihre Erklärung, daß in der Summe sich 21·35 Prozent „nicht näher bezeichnete Todesursachen" vorfinden. Eine Bezeichnung der Todesursache bei Ärzten fehlt nur dann, wenigstens bei den österreichischen Ärzten war dies der Fall, wenn der Arzt in der Fremde starb, und zwar plötzlich (meist Krankheiten des Herzens). Das muß auch in Württemberg in den Jahren 1810 bis 1895 in noch höherem Maße vorgekommen sein.[2])

Zu den Budapester Ärzten müssen, wie v. Körösy im allgemeinen erwähnt, auch manche Ärzte aus der Provinz mitgezählt worden sein, daher die große Zahl der an Altersschwäche Gestorbenen (Ärzte, die sich in die Großstadt zur Ruhe begeben), und an Gehirn-Rückenmarksleiden (Ärzte,

[1]) Ungefähr dasselbe Verhältnis findet sich auch bei Männern über 25 Jahre vor. — [2]) Die Fälle von auswärts Verstorbenen haben wir ebenfalls in die Kolonne „sonstige Krankheiten" eingetragen.

die dort Heilung suchen). v. Körösy betont, daß namentlich viel Geisteskranke von einem jeden Berufe nach Budapest kommen.

Auffallen muß in der ungarischen Hauptstadt die geringe Zahl von Nierenentzündungsfällen.

Die italienischen Ärzte. Die größere Häufigkeit an Infektionskrankheiten ist einzig und allein durch die genuine Lungenentzündung bedingt, welche überhaupt in Italien sehr oft vorkommt, **doppelt so oft als in anderen Ländern** (siehe Tabelle 42).[1]) Umgekehrt ist der Fall bei der Tuberkulose. Das kann mit dem Aufhalten im Freien in Zusammenhang gebracht werden, denn z. B. von den Hirten in Italien sterben 26·71 Prozent an Lungenentzündungen und nur 6·04 Prozent an Tuberkulose. Aber an beiden Krankheiten starben die Ärzte seltener als die Bevölkerung.

In Italien kommen auch weniger Todesfälle an Krebs und Selbstmord als bei den österreichischen Ärzten vor.

An Herz- und Gefäßkrankheiten[2]) sterben die italienischen Ärzte in 27·92 Prozent der Fälle (in Österreich die Ärzte 28·01 Prozent.)

Die Barmherzigen Brüder, die ich des Vergleiches halber auf Tab. 40 anführe, zeigen prozentuell mehr Fälle von Infektion und Tuberkulose, Altersschwäche und Gehirnschlagfluß. Die geringere Sterblichkeit an Krankheiten des Zirkulationsapparates ist nur scheinbar. Ein Blick auf das in Tabelle 39 abgebildete Schema zeigt, daß die Barmherzigen Brüder genau so viel als die Ärzte an Herz- und Gefäßkrankheiten mit Tod abgehen. Es kamen zwar nur in 17·08[3]) Prozent der Fälle Krankheiten der Zirkulationsorgane vor, nicht zu vergessen ist aber, daß die Barmherzigen Brüder eine fast doppelt so große Sterblichkeit als die Ärzte aufweisen.

Die Barmherzigen Brüder zeigen in bezug auf Todesursachen eine Kombination von Todesursachen der Barmherzigen Schwestern (große Zahl von Tuberkulose und Infektionskrankheiten; geringes Vorkommen von Krebs, Lungenentzündung und Nierenentzündung; **kein Fall von Selbstmord**), der Ärzte (größere Zahl von Zirkulationskrankheiten), der Geistlichen (hohe Zahl von Altersschwäche und Gehirnschlagfluß). Eine ungewöhnliche Gruppierung von Todesursachen.

Es hat den Anschein, als ob im Konvente der Barmherzigen Brüder drei Berufe vertreten wären: Krankenpfleger, Ärzte und Geistliche. Nach eingeholten Informationen ist jedoch jedes Mitglied der Gemeinschaft ohne Unterschied abwechselnd gleichviel im Krankenpflegedienste tätig. Im übrigen verweisen wir auf den Kapitelabschnitt: Die Barmherzigen Brüder in Österreich und Deutschland, S. 155.

[1]) Die Zahl unter „Lungenentzündung" ist mit der Zahl unter „andere endemische und epidemische Infektionskrankheiten" zu addieren, ungefähr 70 Prozent davon ist kruppöse oder genuine Lungenentzündung. Die Zahl der an anderen epidemischen und endemischen Infektionskrankheiten Gestorbenen, wie Masern, Scharlach etc., ist verschwindend klein. — [2]) Samt Gehirnschlagfluß. — [3]) Respektive 18·13 bei den Barmherzigen Brüdern Wiens.

Tabelle 40. **Todesursachen der österr. Ärzte. — Vergleiche m**

Es starben an: (in Prozenten der Gestorbenen)	in	in den Jahren	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	
1. Ärzte	Wien	1894—1903	.	0·39	0·39	.	1·18[6]	0·39	7·48	.	9·84	.	1·18	1·97	9·45	1
					2·35											
2. „	in den übrigen Hauptstädten	1894—1903	1·04	1·73	.	0·35	0·35[6]	1·04	12·84	.	9·38	0·69	0·69	5·56	12·15	2
					4·51											
3. „	d. übrig. Städten u. Gemeinden	1894—1903	1·62	1·21	0·40	1·21	0·40[6]	2·02	11·33	.	8·09	0·40	0·81	3·24	12·15	4
					6·86											
4. „	**in Österreich**	**1894—1903**	0·89	1·14	0·25	0·51	0·63[6]	1·14	10·65	.	9·12	0·38	0·89	3·68	11·28	2
					4·56											
5. **Versicherte Ärzte der Witwen und Waisen-Societät des Wiener Mediz. Doktoren-Kollegiums**		1854—1893	.	2·03	.	.	2·03[6]	4·73	9·46	0·67[1]	6·08	.	2·03	0·67	6·76	
					8·79											
6. Ärzte	in Budapest (nach Dr. v. Körösy)	1882—1890	—	1·30	—	—	—	—	10·70	—	—	—	—	—	16·80	
7. „	in Budapest (nach Dr. v. Körösy)	1874—1890	—	2·20	—	—	—	—	11·80	—	—	—	—	—	17·90	
8. Ärzte und Praktikanten in Württemberg[10]) (Aus den Daten von Dr. Weinberg zusammengestellt und berechnet).		1810—1895			[14·30][5])				11·01		3·86	—	1·84[9])	0·97	4·44	
9. Ärzte, Tierärzte u. Bader in Italien*)		1897—1901	0·03	1·96	.	1·44	[4·49][11])	0·67	6·69	0·12[12])	4·37		1·47	1·80	9·62	
					[8·59]											
10. **Barmh. Brüder** in Wien 1851—1902, Graz 1850 bis 1903, Neuburg 1894—1903 und Breslau 1898 bis 1902			.	4·37	.	.	1·67[6]	1·88	37·08	.	5·00	.	0·21	.	15·42	
					7·92											

[6]) Ohne kruppöse Lungenentzündung. — [1]) Anthrax. — [2]) Inklusive kruppöser Lungenentzündung. — [3]) Es dü Geschlechtsapparate. — [5]) Samt allen Arten von Lungenentzündungen. — [6]) „Sonstige" Krankheiten der Atmu [9]) Davon 0·90 im Kriege. — [10]) Die Zahlen stimmen so ziemlich überein mit jenen der versicherten Ärzte des Wi die 221 Fälle von nicht näher bezeichneten Todesursachen in der Kolonne „Sonstige Krankheiten" gleich 21·35% entsprechenden der versicherten Ärzte vergleicht 10·14 + 29·73 = 39·87, unter Berücksichtigung der Anmerkung 3 krankheiten waren. — [11]) Im Jahre 1897 und 1898 ohne, im Jahre 1899, 1900 und 1901 mit kruppöser Lungenent [14]) Krankheiten der Arterien. — [15]) Nephritis, Pyelitis, Albuminurie, Urämie und Tumoren, ausg. Krebs und Tu

*) Aus der italienischen Statistik, Cause di morte, zusamengestellt und berechnet.

NB. Die in Klammern gesetzten Zahlen enthalten auch andere Todesursachen, als im Tabellenkopfe, daher

leren Ärzten, sowie mit den Barmherzigen Brüdern.

Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Lebererentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen	Zahl der Gestorb.
1·57	2·36	.	1·18	1·18	1·97	8·66 [3]	1·57	1·18	1·18	6·30	5·12	5·12	6·69	0·39	.	1·18	0·79	3·15	6·69	0·39	1·18	100·00	254
	5·11								18·90														
0·35	3·47	.	.	1·73	1·39	8·33 [3]	0·35	.	2·08	10·42	1·04	1·73	3·47	1·04	0·69	.	1·04	1·04	5·90	0·35	1·73	100·00	288
	3·82								15·27														
0·40	3·64	1·21	0·81	.	0·81	5·26 [3]	0·40	.	1·21	5·67	0·40	5·26	6·48	0·81	0·81	.	.	2·42	5·67	0·81	3·64	100·00	247
	6·06								12·54														
0·76	3·17	0·38	0·63	1·01	1·39	7·48 [3]	0·76	0·38	1·52	7·61	2·15	3·93	5·45	0·76	0·51	0·38	0·63	2·16	6·08	0·51	2·16 [16]	100·00	789
	4·94								15·59														
2·03	2·70	.	5·41	.	.	6·08 [3]	0·67	.	.	10·81	2·70	16·22	.	.	.	0·68	3·38	.	1·35	.	2·03 [16]	100·00	148
	10·14								29·73 [3]														
								—	—	6·70	—	4·70	—						0·70	[0·70] [4]	6·70 [16]	100·00	[149]
	[16·10]				[18·20] [2]				11·40						[10·70]								
								—	—	5·20	—	5·70	—						1·30	3·10	7·40 [16]	100·00	229
	[12·60]				[15·70] [2]				10·90						[9·20]								
									[7]														
0·29	1·35	2·99		[2·22] [6]	1·55	—	0·77	—	0·29	9·27			1·06	0·19	0·19	0·19	0·29	[2·06] [8]	1·55	1·45	27·24 [16]	100·00	1035
	4·63								9·56														
1·25	—	—	—	3·33	—	6·63	0·64 [12]						4·16 [14]	—	3·64	—	0·55	2·41	[4·02] [13]	—	15·79	100·00	3273
	—								11·85														
																					Zusammen . .		5474
2·29	0·62	0·42	0·21	0·21	1·04	3·75 [3]	0·83	.	.	4·79	0·62	1·88	1·04	.	0·62	0·42	1·04	0·83	1·88	0·21	2·71 [16]	100·00	480
	3·54								7·29														

manche Fälle von chronischer Nierenentzündung, Krebs u. a. enthalten sein. — [4]) Krankheiten der Harn- und e. — [5]) Chronische Herzleiden, Herzlähmung und Wassersucht. — [8]) Lebercirrhose und andere Leberleiden. — . Doktorenkollegiums bis auf die Gehirn-, Rückenmarkskrankheiten und Herzkrankheiten. Wenn man nun Prozenten der genannten Krankheitsgruppen zusammen addiert 4·63 + 9·56 + 21·35 = 35·54 und diese Zahl mit der die Vemutung nahe, daß die meisten nicht näher bezeichneten Todesursachen Gehirn-, Rückenmarks- und Herz-; darunter 0·55 Malaria. — [12]) Lyssa und Syphilis. — [13]) Krankheiten der Pleura und des Mediastinums. — e. — [15]) Die „sonstigen" Krankheiten werden in den entsprechenden Tabellen, s. u., detailliert ausgewiesen.

erhältnismäßig größer ausgefallen, als die entsprechenden Zahlen der österreichischen Ärzte.

f) Stadtärzte und Stadtbevölkerung einerseits, sowie Landärzte und Landbevölkerung anderseits (Tabelle 41 und 42).

1. Sowohl bei Stadt- als auch bei Landärzten ist ein **höherer** Prozentsatz als bei Erwachsenen von Stadt und Land zu konstatieren an: Krebs, Selbstmord,[1]) Zuckerharnruhr,[1]) Herz- und Gefäßkrankheiten und Nierenentzündung, namentlich an beiden letzteren Todesursachen.

An Krankheiten des Gehirn- und Rückenmarkes scheint keine größere Sterblichkeit im Verhältnis zur erwachsenen männlichen Bevölkerung zu herrschen, vielleicht Wien ausgenommen. In Wien kommen daher relativ mehr Todesfälle durch Krankheiten des Nervensystems vor, und weniger durch Zuckerharnruhr und Selbstmord.

Es ist sehr fraglich, ob bei Ärzten, wie aus den Tabellen hervorgehen würde, mehr Todesfälle an Infektionskrankheiten zu verzeichnen sind als bei anderen Männern, denn es kann sicher damit gerechnet werden, daß mehrere Arten von Infektionskrankheiten in allen Statistiken unter ganz andere Rubriken gezählt werden. In vielen solchen Fällen war keine Trennung innerhalb der Rubrik erfolgt, so daß dadurch eine Berücksichtigung mancher Infektionskrankheiten bei der gleichartigen Zusammenstellung unserer Tabellen nicht möglich war (siehe Einleitung; Schwierigkeit des Vergleiches).

2. Wir finden bei Ärzten dagegen eine ausgesprochen **geringere** Sterblichkeit als bei der Stadt- und Landbevölkerung an **Tuberkulose**.

Namentlich ist in Wien der Prozentsatz von an Tuberkulose Verstorbenen sehr klein. Nun wird es klar, warum in Wien die Sterbeziffer so klein ausfiel. Tuberkulose und Selbstmord, welche als häufigste Todesursachen in den jüngeren Jahren auftreten, sind für die Ärzte Wiens am wenigsten Ursachen des Todes. Dieser Umstand ist um so mehr zu beachten, als gerade in Wien ungleich mehr junge als ältere Ärzte leben. Dafür sterben die Wiener Ärzte mehr als die übrigen an Krankheiten der Zirkulationsorgane.

Es starben

an	Wiener Ärzte	Wiener erwachsene Männer
Tuberkulose	7·48 Prozent	32·38[3]) Prozent
Herz- und Gefäßkrankheiten[2])	34·25 „	15·84 „
	41·73 „	48·22 „

Ersetzt man die zweite Zahl der Ärzte durch die der männlichen Bevölkerung: 7·48
15·84
23·32 und subtrahiert diese Summe von der früher gefundenen
41·73
23·32
18·41, so erhält man bei Ärzten um 18·41 Prozent weniger Sterbefälle, falls

[1]) Mit Ausnahme der Wiener Ärzte. — [2]) Inklusive Gehirnschlagfluß. — [3]) Tabelle 41, 5.

sie gerade so oft wie bisher an Tuberkulose, aber in demselben Maße als die Bevölkerung an Krankheiten des Zirkulationsapparates sterben würden. Danach wäre die Sterbeziffer der Ärzte in Wien 1·00

— 18·41

0·8259

Könnte man noch die Fälle von Gehirnerweichung und Schrumpfniere, die oft vorkommen und Folgen von Arteriosklerose waren, proportional in Abzug bringen, so wäre die Mortalität noch kleiner. Eine glänzende Erscheinung, die ihresgleichen sucht. Vergleiche Sterbeziffern in den verschiedenen Altersklassen, Tabellen 35 bis 36.

Eine ähnliche Berechnung für ganz Österreich ergibt:

Es starben an	Ärzte	Erwachsene männliche Bevölkerung
Tuberkulose	10·65 Prozent	20·72 Prozent
Krankheiten des Herzens und der Gefäße	28·01 „	10·45 „
Zusammen	38·66 „	31·17 „

Angenommen: 10·65
10·45
21·10, so wären 38·66 — 21·10 = 17·56 Prozent weniger Todesfälle bei österreichischen Ärzten zu verzeichnen, dadurch würde die Sterbeziffer 1·56 auf 1·28 fallen.

g) Ärzte und andere Berufe.

Tabelle 43 (S. 124 und 125) gestattet einen Vergleich zwischen Ärzten und Berufen in Budapest und Italien.

In Budapest fällt die gleichartige prozentuelle Verteilung der Todesursachen bei Ärzten und Rentiers auf. Die Sterbeziffer ist bei letzteren aber vielfach größer als bei ersteren, denn der Altersaufbau der lebenden Rentiers ist fast der umgekehrte Altersaufbau der Ärzte.

Es lebten in Budapest 1881

	Ärzte	Rentiers
im Alter bis 50 Jahren	73·10 Prozent	21·43 Prozent
im Alter über 50 Jahre	26·90 „	78·57 „
	100·—	100·—

Somit wäre die Verteilung von Todesursachen die gleiche, die Sterblichkeit aber eine ungleiche. Hier finden wir nochmals, daß die Ärzte mehr zu Krankheiten des Alters inklinieren, d. h. daß von den 73·10 Prozent im Alter bis zu 50 Jahren stehenden Ärzten weniger den Krankheiten erliegen.

Auch für die Budapester gilt das für die österreichischen Ärzte Gesagte, daß sie nämlich weniger an Tuberkulose und mehr an Krankheiten der Zirkulationsorgane als die Bevölkerung sterben. Die Einwendung, daß in Budapest die Bevölkerung mit über 15 statt mit über 20 Jahren wie in

Tabelle 41. **Stadtärzte und män**

Es starben an:	in	in den Jahren	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	
1. Ärzte	Wien	1894—1903	.	0·39	0·39	.	*) 1·18	0·39	7·48	.	9·84	.	1·18	1·97	9·45	1·
					2·35											
2. „	den anderen Hauptstädten Österreichs	1894—1903	1·04	1·73	.	0·35	*) 0·35	1·04	12·84	.	9·38	0·69	0·69	5·56	12·15	2·
					4·51											
3. Männ. üb. 20 J. alt	Wien[35])	1896—1900	.	0·46	0·07	**) 0·25		1·11	30·85	5) 0·03	7) 8·24		1·73	3·25	—	-
					1·89											
4. Männ. üb. 20 J. alt (österreichische Statistik)	Wien[35])	im J. 1900	.	0·61	0·06	**) 0·11		0·88	31·16	.	7) 8·29		1·45	3·94	—	-
					1·66											
5. Männ. üb. 20 J. alt (Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien)	Wien[2])	im J. 1900	.	0·65	.	0·17	**) 0·15	1·01	32·38	+++) 0·10	8) [9·55]		1·90	3·91	*) [6·13]	1·
					1·98											
6. Männ. v. 21 J. aufw.	Triest[3])	1899—1900			2·55***)				22·49	—	7) 5·76		3·10	3·21	[11·45]	
7. Männ. üb. 20 J. alt	Aussig[3])	1899—1900	.	.	.	.	*) 0·27	2·13	28·00	†) 0·27	7·20	0·53	6·67	3·47	11·73	0·
					2·40											
8. Männ. üb. 15 J. alt	Budapest[1])	1874—1890	—	4·30	—	—	—	—	38·10	.	—	—	—	—	5·10	-
9. Männ. üb. 20 J. alt	den preußischen Stadtgemeinden[35])	1897—1901	0·00	0·95	0·05	—	*) 0·44	—	20·24	††) 0·03	6·71	—	4·78	3·29	11·56	
10. Männ. üb. 20 J. alt	London[4])	im J. 1901							19·70		7) 7·33		4·24	1·64	4·44	0·

[1]) Dr. Körösy, Einfluß der Konfession etc. — [2]) Zusammengestellt aus dem statistischen Jahrbuch der St
Aussig hatte in den Jahren 1897/98 keine Trennung nach Geschlecht. — [4]) Aus dem Annual Report of the Registr
und prozentuiert. — [5]) Zoonosen. — [6]) Aktinomykose und Syphilis. — [7]) Bösartige Neubildungen. — [8]) Neubildung
systems. — [11]) Entzündungen der Atmungsorgane. — [12]) Entzündliche und [13]) sonstige Krankheiten der Kreislau
apparates. — [16]) Darunter 0·74 sonstige Krankheiten der Atmungsorgane. — [17]) Krankheiten der Gesamtkonstitution.
organe (5 Fälle), zusammen 21 Fälle = 0·78 Prozent. — [20]) Lungenentzündung überhaupt. — [21]) bis [24]) siehe Anmerkung
heiten. — [28]) Samt Gehirnschlagfluß. — [29]) Krankheiten des Digestionsapparates. — [30]) Nur Lebercirrhose. — [31]) Kra
Krankheiten des Harnapparates. — [34]) „Wassersucht". — [35]) Siehe Tabelle 52 und 53.

*) Ohne kruppöse Lungenentzüudung und mit Gelenkrheumatismus. — **) Ohne kruppöse Lungenentzündu
†) Anthrax. — ††) Syphilis. — †††) Aktinomykose und Syphilis.

NB. Die eingeklammerten Zahlen enthalten auch andere Krankheiten, als im Tabellenkopfe angegeben, daher

he Stadtbevölkerung.

Entzündung des Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Org. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen	Zahl der Gestorb.
1·57	2·36	.	1·18	1·18	1·97	8·66	1·57	1·18	1·18	6·30	5·12	5·12	6·69	0·39	.	1·18	0·79	3·15	6·69	0·39	1·18	100·00	254
5·11				13·38				18·90						5·51									
0·35	3·47	.	.	1·73	1·39	8·33	0·35	.	2·08	10·42	1·04	1·73	3·47	1·04	0·69	.	1·04	1·04	5·90	0·35	1·73	100·00	288
3·82				11·80				15·27						3·81									
—	—	—	—	—	—	7·24	—	11·51						—	0·00	—	—	—	—	—	30·93	100·00	46551
—	—	—	—	—	—	7·03	—	11·98						—	.	—	—	—	—	—	33·30	100·00	9704
0·96	3·95			—	2·49	9·06		0·96		11·11				—	0·26	—	0·75	[3·52]	2·83	[0·94]	1·50	100·00	9767
4·91				11·55				12·07						4·53					[3·77]				
3·25				19·05				20·27						4·10					[3·99]		0·78	100·00	2708
2·13	0·27	.	0·53	.	3·73	7·73	.	0·27	.	8·53	0·53	.	1·33	.	.	0·53	0·53	0·80	4·53	0·27	1·33	100·00	375
2·93								9·33															
			[7·70]				[14·80]	—	—	4·00	—	2·10	—					[7·30]	1·80	[2·00]	8·50	100·00	57910
			[2·31]	3·75	[4·17]		8·62		5·62 + 1·63				—	—	0·09	—	—	—	[3·51]	—	12·70	100·00	372106
0·31	.	1·08			0·95					11·61			[7·12]			[3·52]		1·48	4·81	[1·45]	14·47	100·00	22679
4·28					[11·61]																		

1900. — 3) Österreichisches Städtebuch VIII und IX. Triest war in den früheren Städtebüchern nicht enthalten, ral of Births, Deaths, and Marriages in England and Wales 1901. Es wurden daraus nur einzelne Daten entnommen haupt. — 9) Krankheiten der Gesamtkonstitution und des Blutes. — 10) Sonstige Krankheiten des Gesamtnervenme. — 14) Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane. — 15) Sonstige Krankheiten des Harn- und Geschlechts-Krankheiten der Harnorgane. — 19) Krankheiten des Gehörorganes (8 Fälle), der Haut (8 Fälle) und der Bewegungs-Tabelle Beruf und Bevölkerung. — 25) Gehirnkrankheiten. — 26) „Andere" Lungenkrankheiten. — 27) Nierenkrankn des Respirationsapparates. — 32) Davon 1/4 Teil akute und 3/4 Teil chronische Nierenentzündung. — 33) Andere

ohne Gelenkrheumatismus. — ***) Mit „Lungenentzündung" und mit Gelenkrheumatismus.

nen sie verhältnismäßig größer als die entsprechenden Zahlen der anderen Städte.

Tabelle 42.

Landärzte und män

Es starben an:	in	in den Jahren	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche
1. Ärzte	Österreich	1894—1903	0·89	1·14	0·25	0·51	0·63 *)	1·14	10·65	.	9·12	0·38	0·89	3·68	11·28 1
						4·56									
2. Männ. üb. 20 J. alt	Österreich [17])	1896—1900	0·18	1·43	0·09	0·70 [2])		0·67	20·72	0·03 [6])	5·36 [1])		2·72	1·98	—
						3·07									
3. Männ. üb. 20 J. alt	Niederösterreich [17]) (ohne Wien)	1896—1900	0·00	0·77	0·05	0·27 [2])		0·73	19·63	0·01 [6])	7·43 [1])		3·41	2·71	—
						1·82									
4. Männ. üb. 20 J. alt	den Landgemeinden Preußens [17])	1897—1901	0·00	0·68	0·04	—	0·55 [2])	—	16·23	0·00 [6])	4·18	—	4·91	2·55	25·31
						1·27									
5. Männ. üb. 15 J. alt	Italien [18])	1897—1901	0·00	2·12	0·03	1·35	[8·27] [2])	0·58	9·60	4·22	3·63 [1])		4·22	0·83	10·19
						[12·35]									
6. Männ. üb. 20 J. alt	England u. Wales**)	1901							14·17		6·71 [1])		4·90	1·42	8·22
7. Männ. üb. 25 J. alt	Irland [19])	1901	—	0·13	0·02	1·90	2·53 *)	0·53	12·50	0·07	4·82 [1])		3·28	0·37	21·67
						5·11									

[1]) Bösartige Neubildungen. — [2]) Ohne kruppöse Pneumonie und ohne Gelenk-Rheumatismus. — [3]) Ohne kru
romatöse Prozesse und Aneurysmen. — [6]) Syphilis. — [7]) Andere Lungenkrankheiten. — [8]) Herzkrankheiten. — [9]) W
[12]) Krankheiten der Harnorgane. — [14]) Davon 20 Prozent akute und 80 Prozent chronische Nephritis. — [15]) K
[17]) Siehe Tabelle S. 52 und 53. — [18]) Statistica delle cause di morte. — [19]) Annual Report of the Registrar-Ge
*) Ohne kruppöse Pneumonie, mit Gelenkrheumatismus. — **) Aus dem Annual Report of the Registrar Ge
NB. Die eingeklammerten Zahlen enthalten mehr Krankheiten als die entsprechenden Zahlen anderer Lä

iche Landbevölkerung.

	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dors.	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. d. Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen	Zahl der Gestorb.
[illegible]	0·76	3·17	0·38	0·63	1·01	1·39	7·48	0·76	0·38	1·52	7·61	2·15	3·93	5·45	0·76	0·51	0·38	0·63	2·16	6·08	0·51	2·16	100·00	789
	4·94								15·59															
[illegible]	—	—	—	—	—	—	10·55	—	5·57[5])						—	0·09	—	—	—	—	—	45·03	100·00	724831
[illegible]	—	—	—	—	—	—	7·38	—	7·64[5])						—	0·08	—	—	—	—	—	42·78	100·00	42223
[illegible]	1·06	—	—		2·73	[4·64][7])	9·47		2·17[8]) + 3·13[9])					—	—	0·11	—	—	—	[1·62][1])	—	12·25	100·00	468776
[illegible]	1·14	—	—	—	4·85	—	8·57	[0·72][11])	11·06				2·03		—	5·12	—	0·75	1·68	[1·97][10])	—	12·16	100·00	950314
[illegible]	0·35	1·78			0·85				13·35				[8·37][13])		5·11				1·48	3·92[14])	[1·56][13])	14·21	100·00	159639
	5·46				10·21																			
[illegible]	0·47	2·72	—	2·14	10·07	0·57	5·68	0·41	0·07	1·92			11·14		—	0·46	0·75	0·42	0·68	2·17[16])	[1·21][15])	7·70	100·00	26523
	5·33								13·13															

monie in den Jahren 1897 und 1898; mit kruppöser Pneumonie 1899—1901. — [4]) Zoonosen. — [5]) Herzkrankheiten, Athe- — [10]) Nierenkrankheiten. — [11]) Krankheiten der Pleura und des Mediastinums. — [12]) Samt Gehirnschlagfluß. — der Harnblase und der Prostata. — [16]) Davon 33·7 Prozent akute und 66·3 Prozent chronische Nephritis.

rths, Deaths and Marriages in England and Wales 1901.
Anmerkung Tabelle 41.

Tabelle 43. Ärzte, Beru

Beruf	Es starben an: in	in den Jahren	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche
1. Ärzte	Budapest*)	1874—1890	—	2·20	—	—	—	—	11·80	—	—	—	—	—	17·90
2. Advokaten	Budapest*)	1874—1890	—	1·10	—	—	—	—	20·50	—	—	—	—	—	7·50
3. Geistliche	Budapest*)	1874—1890	—	.	—	—	—	—	14·97	—	—	—	—	—	10·88
4. Professoren, Lehrer	Budapest*)	1874—1890	—	3·10	—	—	—	—	30·71	—	—	—	—	—	7·14
5. Beamte (öffentliche und Privatbeamte)	Budapest*)	1874—1890	—	2·90	—	—	—	—	33·60	—	—	—	—	—	5·20
6. Rentiers	Budapest*)	1874—1890	—	1·00	—	—	—	—	10·60	—	—	—	—	—	20·00
7. Männer über 15 Jahre	Budapest*)	1874—1890	—	4·30	—	—	—	—	38·10	—	—	—	—	—	5·10
							[3] †)			[5a])	[6])				
1. Ärzte, Tierärzte und Bader	Italien**)	1897—1901	0·03	1·96	.	1·44	4·49	0·67	6·69	0·12	4·37		1·47	1·80	9·62
2. Advokaten, Notare, Anwälte und Justizbeamte	Italien**)	1897—1901	.	1·66	0·03	1·77	4·71	0·51	5·97	0·16	4·63		1·15	1·66	8·54
3. Geistliche u. Klosterinsassen	Italien**)	1897—1901	.	1·27	0·02	1·75	4·52	0·55	7·08	0·07	3·24		1·10	0·18	11·10
4. Professoren und Lehrer	Italien**)	1897—1901	.	1·95	0·03	1·32	5·43	0·52	12·24	0·52	5·37		1·61	1·35	6·66
5. Beamte (öffentliche und Privatbeamte)	Italien**)	1897—1901	.	1·23	0·02	1·21	4·94	0·42	9·22	0·26	5·44		1·82	1·62	7·06
6. Hirten	Italien**)	1897—1901	0·01	2·03	0·09	2·18	15·42	0·86	6·04	0·21	2·16		6·39	0·53	8·49
7. Matrosen und Fischer	Italien**)	1897—1901	.	1·48	0·02	1·05	6·73	0·68	8·08	0·44	3·75		4·28	0·52	12·42
8. Männer über 15 Jahre	Italien**)	1897—1901	0·00	2·12	0·03	1·35	8·27	0·58	9·60	0·22	3·63		4·22	0·83	10·19

[1]) Inklusive tuberkulöser Meningitis, sekundärer Meningitis und epidemischer Cerebro-Spinal-Meningitis; exklusi an sonstigen Nervenleiden (zumeist Geisteskranke) Gestorbenen waren Fremde aus der Provinz. — [2]) Inklusive kruppös Jahren 1897 und 1898 ohne; in den Jahren 1899—1901 mit kruppöser Lungenentzündung. — [5a]) Lyssa und Syphili die übrigen Fälle waren kruppöse Lungenentzündung. — [7]) Pleuritis, Hydrothorax, Pyothorax, Pneumothorax u

*) Siehe Anmerkung auf Tabelle Seite 94. — **) Zusammengestellt und prozentuiert aus der „Statistica del

†) Die Rubrik „Andere epidemische und endemische Infektionskrankheiten" enthält zumeist Fälle von kruppös sterblichkeit an diesen Erkrankungen.

und Bevölkerung.

Gehirnschlagfluß	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen	Zahl der Gestorb.
	Krankheiten des Nervensystems [1]				Krankheiten der Respirationsorgane [2]										Krankheiten der Verdauungsorgane					[5]	[4]			
7·90	12·60				15·70				—	—	5·20	—	5·70	—	9·20					1·30	3·10	7·40	100·00	229
											10·90													
9·11	19·40				12·00				—	—	3·40	—	4·80	—	9·30					3·40	3·30	5·20	100·00	268
											8·20													
					11·57				—	—	2·72	—	4·76	—	10·20					2·72	0·68	8·16	100·00	147
											7·48													
6·90	20·00				11·19				—	—	3·33	—	2·62	—	5·95					1·43	2·62	5·00	100·00	420
											5·95													
5·90	14·00				12·10				—	—	3·90	—	4·20	—	7·50					2·30	2·00	6·40	100·00	3303
											8·10													
7·70	9·70				16·90				—	—	6·30	—	4·60	—	9·70					2·90	3·90	6·70	100·00	1316
											10·90													
7·30	7·70				14·80				—	—	4·00	—	2·10	—	7·30					1·80	2·00	8·50	100·00	57910
											6·10													
						[6a]	[7]													[5]		Zusammen . .		63593
1·91	1·25	—	—	—	3·33	—	6·63	0·64	—	—	—	—	—	4·16	—	3·64	—	0·55	2·41	4·02	—	15·79	100·00	3273
											11·85													
1·93	1·15	—	—	—	3·70	—	6·62	0·59	—	—	—	—	—	4·23	—	3·64	—	0·51	2·41	4·15	—	14·89	100·00	3734
											12·67													
1·96	0·75	—	—	—	4·26	—	7·19	0·61	—	—	—	—	—	3·37	—	4·28	—	0·46	1·49	3·46	—	14·42	100·00	13123
											12·65													
1·91	1·12	—	—	—	3·71	—	6·41	1·03	—	—	—	—	—	3·50	—	3·91	—	0·55	2·33	3·79	—	14·04	100·00	3482
											11·35													
1·96	1·18	—	—	—	4·49	—	7·23	0·70	—	—	—	—	—	3·68	—	3·46	—	0·67	2·39	3·11	—	13·69	100·00	29202
											13·68													
	1·19	—	—	—	4·35	—	11·29	1·01	—	—	—	—	—	1·02	—	5·35	—	0·89	1·76	1·67	—	14·25	100·00	9871
											7·65													
	1·01	—	—	—	4·78	—	7·91	0·67	—	—	—	—	—	2·54	—	5·63	—	0·70	2·15	2·02	—	12·22	100·00	10426
											10·64													
	1·14	—	—	—	4·85	—	8·57	0·72	—	—	—	—	—	2·03	—	5·12	—	0·75	1·68	1·97	—	12·16	100·00	950314
											11·06											Zusammen . .		1023425

...isteskrank**er, die an anderen Krankheiten (zumeist Lungentuberkulose und Lungenentzündung) starben. Fast die Hälfte der ...ngenentz**ündung. — [3]) Chronische Nephritis. — [4]) Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates. — [5]) In den ...[6]) Bösartige Neubildungen. — [6a]) Davon in den Jahren 1899—1901 zirka 30 Prozent lobuläre Lungenentzündung; ...zeß des **Mediastinums. — [8]) Nephritis, Pyelitis, Albuminurie, Urämie, Tumoren (ausgenommen Krebs und Tuberkulose).
...se di morte" 1897, 1898, 1899, 1900 und 1901.
...ngenentz**ündung und Malaria; die ersteren betragen zirka 84 bis 98, die letzteren zirka 15 bis 1 Prozent der Gesamt-

Österreich in Vergleich gezogen wurde, daher die größere Zahl der Tuberkulosenfälle bei der Bevölkerung, ist nicht stichhaltig, denn die Tuberkulose ist als Todesursache in der Altersklasse 10 bis 20 entweder in fast demselben Verhältnisse anzutreffen wie im Alter von 20 bis 30 Jahren (Wien) oder ist deren Prozentsatz sogar noch kleiner.

Es starben Männer 1900

In	im Alter von	an Tuberkulose	an anderen Krankheiten	
Wien	10 bis 20 Jahren	57·88	42·12	= 100·—
	20 „ 30 „	56·65	43·35	= 100·—
Niederösterreich (ohne Wien)	10 „ 20 „	40·55	59·45	= 100·—
	20 „ 30 „	54·42	45·58	= 100·—
Österreich	10 „ 20 „	36·72	63·28	= 100·—
	20 „ 30 „	50·38	49·62	= 100·—

Ungefähr so verhält sich auch die Sache in Budapest.

Die Advokaten hatten mehr Fälle von Gehirn-Rückenmarksleiden und Gehirnschlagfluß zu verzeichnen.

Die Beamten mehr Gehirn-Rückenmarkskrankheiten und Tuberkulose. Wahrscheinlich sterben Juristen mehr an Krankheiten des Zentralnervensystems, die übrigen Beamten mehr an Tuberkulose.

Professoren und Lehrer ebenfalls mehr Gehirn-Rückenmarksleiden und Tuberkulose.

Bei den letzteren dürften auch, analog den Beamten, die Todesfälle an Krankheiten des Nervensystems mehr die Professoren, die an Tuberkulose mehr die Lehrer betreffen. Die Versuchung liegt nahe, zu glauben, daß von den aus den weltlichen Fakultäten hervorgegangenen Berufen die Ärzte mehr auf Kosten des Herzens, die Juristen mehr auf die des Gehirnes und die Professoren auf Kosten der Lungen und des Gehirnes ihr Brot verdienen.

In Italien sind die Ärzte ebenfalls weniger als die Bevölkerung der Tuberkulose erlegen. Beide aber in geringerem Maße als in anderen Ländern. Es wurde schon erwähnt, daß die Tuberkulose in Italien überhaupt selten als Todesursache vorkommt.

Die Mortalität der Ärzte in Italien stimmt nicht ganz mit unseren früheren Ausführungen überein, d. h. sie sterben ebenfalls mehr an Krankheiten der Zirkulationsorgane und weniger an Tuberkulose aber nur im Vergleich zur Bevölkerung, nicht auch im Verhältnis zu den anderen Berufen; dabei ist zu erwägen, daß unter den Ärzten auch die Tierärzte mitgezählt wurden, sowie auch, daß dort ganz andere Lebensbedingungen herrschen als in Österreich-Ungarn.

Auch in Italien weisen die Advokaten mehr Todesfälle an Gehirnschlagfluß, die Professoren und Lehrer mehr an Tuberkulose als die übrigen Berufe auf.

Die Hirten Italiens sterben hingegen auffallend wenig an Tuberkulose und Herz- und Gefäßkrankheiten, um so mehr an Lungenentzündung.

g) Verteilung der Todesursachen nach Altersklassen.

(Tabelle 44 bis 47.)

Früher und jetzt: Die Todesursachentabelle der württembergischen Ärzte enthält viele „sonstige" Krankheiten. Die Zahlen der spezifizierten Todesfälle sind aus dem Grunde größer anzunehmen, um so mehr kann daher gesagt werden, daß Infektionen und Gehirnschlagfluß früher in allen Altersstufen öfters vorkamen.

Altersstufe 30 bis 40. Auch die Ärzte starben in diesem Alter mehr an Tuberkulose (25 Prozent), aber nicht so wie die Bevölkerung (42·54 Prozent in Österreich bis 54·63 Prozent in Wien).

In den Altersgruppen 40 bis 50, 50 bis 60 und 60 bis 70 kommen bei Ärzten verhältnismäßig noch weniger Sterbefälle an Tuberkulose als bei der Bevölkerung vor.

Ins Auge springend ist die hohe Zahl der an Herz- und Blutgefäßkrankheiten[1]) verstorbenen Ärzte im Alter von 50 bis 70 Jahren.

Es starben

	in Wien		in Österreich	
im Alter von	Ärzte[2])	Bevölkerung[3])	Ärzte	Bevölkerung
50 bis 60 Jahren	38·— Prozent	20·57 Prozent	36·04 Prozent	12·73 Prozent
60 „ 70 „	54·38 „	23·55 „	43·91 „	13·76 „

Die Zusammenstellung einer Tabelle, ähnlich wie für die Altersklassen 30 bis 70 auch für die Altersklassen über 70 Jahren, haben wir mit Absicht unausgeführt gelassen.

Beim Übergang von der Gruppe 60 bis 70 in die über 70 Jahren präsentiert sich ein ganz anderes Bild (siehe Tabelle 50 bis 53). In letzterer Altersstufe tritt plötzlich die Altersschwäche mit erschreckend großen Zahlen hervor. Alle anderen Zahlen ihr gegenüber werden kleiner; manche Krankheiten verschwinden sogar.

Ein Zeichen, daß nicht alles Altersschwäche ist, was als solche ausgegeben. Bei älteren Personen wird in der Regel nicht viel nach der Ursache des Leidens geforscht, auch weil bei diesen manche Krankheiten mit weniger Schmerzen und mehr schleichend auftreten und verlaufen. Dies gilt namentlich für die ärztlich nicht beglaubigten Todesursachen. Es klingt paradox, wenn wir sagen, daß, wo mehr Ärzte sind, dort die Altersschwäche weniger oft auftritt.

[1]) Inklusive Gehirnschlagfluß. — [2]) Siehe Tabelle 50. — [3]) Siehe Tabelle 52.

Tabelle 44

Verteilung der Todesur-

Es starben im Alter von

	Infektions-Krankheiten	Tuberkulose	Krebs und Sarkom	Zuckerharnruhr (Diabetes)
Ärzte in Österreich 1894—1903	9·17	25·00	6·67	2·50
Ärzte in Württemberg 1810—1895 im Alter von 30 bis 39 Jahren	29·00	32·00	1·00	.
Männer in Österreich 1896—1900	5·26	42·54	2·28	—
Männer in Niederösterreich 1896—1900 (ohne Wien)	3·12	44·02	2·61	—
Männer in den Landgemeinden Preußens 1897—1901	2·50	33·12	1·71	—
Männer in den Stadtgemeinden Preußens 1897—1901	2·40	37·67	2·69	—
Männer in Wien 1896—1900	2·19	54·63	3·04	—
Männer in der Schweiz 1881—1890 im Alter von 30 bis 39 Jahren[6])	3·96	39·72	2·62	0·26

Anm. Diese und die folgenden drei Tabellen enthalten nur die wichtigsten Todesdem Striche befindlichen Zahlen werden bei der Bildung der Summe (100) nicht mitgezählt.

[1]) „Verletzungen". — [2]) Gehirnkrankheiten. — [3]) Lungenentzündung. — [4]) Davon mord). — [6]) Aus den Daten der Schweizerischen Statistik berechnet.

sachen nach Altersgruppen.

über 30 bis 40 Jahren an

Nierenentzündung	Gehirn- u. Rückenmarkskrankh.	Gehirnschlagfluß	Krankheiten der Blutgefäße	Herzkrankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Selbstmord	Sonstige Krankheiten	Zusammen	Zahl der Gestorbenen
4·17	9·17	1·67		11·66	9·16	3·33	13·33	4·17	100·00	120
								2·50[1]		
1·00	7·00	4·00		8·00	2·00	3·00	2·00	11·00	100·00	100
								4·00[1]		
—	—	2·20	4·65		—	—	3·27	39·80	100·00	73329
					10·70[3]			5·36[1]		
—	—	2·69	5·26		—		4·83	37·47	100·00	3723
					6·07[3]			8·73[1]		
1·78	—	6·32	—	4·06	16·80	—	4·76	29·15	100·00	38611
	2·26[2]							13·00[1]		
3·06	—	5·25	—	5·17	14·14	—	5·05	24·57	100·00	46855
	3·05[7]							9·00[1]		
—	—	0·96	7·26		—	—	3·94	27·98	100·00	6888
					5·05[3]			3·04[1]		
2·27[4]	4·74	2·15	0·20	4·58	11·50	4·76	5·53	17·71	100·00	18388
					7·88[3]			9·30[5]		

ursachen, wovon die Zahlen aus den Tabellen am Schlusse entnommen wurden. Die unter 30 Prozent akute und 70 Prozent chronische Nephritis. — [5]) Gewaltsamer Tod (ohne Selbst-

Tabelle 45.

Verteilung der Todesur-

Es starben im Alter von

	Infektions-Krankheiten	Tuberkulose	Krebs	Diabetes
Ärzte in Österreich 1894—1903	4·81	19·23	8·65	.
Ärzte in Württemberg 1810—1895 im Alter von 40 bis 49 Jahren	18·01	19·25	3·73	.
Männer in Österreich 1896—1900	3·98	32·13	5·60	—
Männer in Niederösterreich 1896—1900 (ohne Wien)	2·69	31·98	7·21	—
Männer in den Landgemeinden Preußens 1897—1901	1·77	26·54	4·72	—
Männer in den Stadtgemeinden Preußens 1897—1901	1·33	27·98	6·45	—
Männer in Wien 1896 1900	1·91	37·74	7·41	—
Männer in der Schweiz 1881—1900 im Alter von 40 bis 49 Jahren	2·84	26·36	7·46	0·27

[1]) Gehirnkrankheiten. — [2]) Davon 30 Prozent akute und 70 Prozent chronische Ne-

sachen nach Altersgruppen.

über 40 bis 50 Jahren an

Nephritis	Gehirn- u. Rückenmarkskrankh.	Gehirnschlagfluß	Krankheiten der Blutgefäße	Herzkrankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Selbstmord	Sonstige Krankheiten	Zusammen	Zahl der Gestorbenen
11·54	6·73	6·73	2·89	17·31	7·69	5·77	3·85	4·80 0·96[5])	100·00	104
1·86	6·21	7·45	0·62	11·80	1·86	6·83	1·24	21·14 3·11[5])	100·00	161
—	—	3·62	6·28		— 12·51[3])	—	3·00	45·39 4.08[5])	100·00	91876
—	—	5·04	7·25		— 8·16[3])	—	5·06	40·77 4·94[5])	100·00	4937
1·79	— 2·05[1])	8·50	—	5·46	20·30	—	4·67	26·25 8·76[5])	100·00	52705
3·65	— 3·02[1])	8·15	—	7·20	16·06	—	4·62	24·56 6·41[5])	100·00	60460
—	—	2·68	11·73		— 6·30[3])	—	3·60	34·93 1·90[5])	100·00	8534
2·34[2])	5·22	3·95	0·38	6·09	15·51 10·04[3])	6·49	4·82	18·27 8·02[4])	100·00	24816

phritis. — [2]) „Lungenentzündung". — [4]) Gewaltsamer Tod (ohne Selbstmord). — [5]) „Verletzungen."

Tabelle 46.

Verteilung der Todesur-

Es starben im Alter von

	Infektions-Krankheiten	Tuberkulose	Krebs	Diabetes
Ärzte in Österreich 1894—1903	4·64	6·98	12·80	4·07
Ärzte in Württemberg 1810—1895 im Alter von 50 bis 59 Jahren	12·63	9·09	4·04	1·01
Männer in Österreich 1896—1900	3·04	21·80	8·66	—
Männer in Niederösterreich 1896—1900 (ohne Wien)	1·91	22·14	11·41	—
Männer in den Landgemeinden Preußens 1897—1901	1·42	20·93	7·66	—
Männer in den Stadtgemeinden Preußens 1897—1901	0·86	18·21	10·79	—
Männer in Wien 1896—1900	1·71	24·32	12·73	—
Männer in der Schweiz 1881—1890 im Alter von 50 bis 59 Jahren	2·30	15·38	12·61	0·29

[1]) Davon 25 Prozent akute und 75 Prozent chronische Nephritis. — [2]) Lungenent-

sachen nach Altersgruppen.

über 50 bis 60 Jahren an

Nephritis	Gehirn- u. Rückenmarkskrankh.	Gehirnschlagfluß	Krankheiten der Blutgefäße	Herzkrankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Selbstmord	Sonstige Krankheiten	Zusammen	Zahl der Gestorbenen
9·30	5·81	8·14	5·81	22·09	8·71	5·22	3·49	2·94	100·00	172
			36·04					0·58[3]		
3·54	7·07	14·14	2·02	11·62	6·05	4·04	1·01	23·74	100·00	198
								1·52[5]		
—	—	5·32	7·41		—	—	2·12	51·65	100·00	124203
					13·92[2]			2·68[5]		
—	—	6·79	10·16		—	—	3·40	44·19	100·00	6671
					7·87[2]			3·89[5]		
1·98	—	10·08	—	7·28	23·06	—	3·64	23·95	100·00	74071
	1·37[4]							5·03[5]		
4·24	—	11·48	—	9·39	18·68	—	3·47	22·88	100·00	68641
	2·45[4]							4·07[5]		
—	—	5·33	15·24		—	—	2·98	37·69	100·00	9236
					7·47[2]			1·45[5]		
2·34[1]	4·43	6·39	0·56	7·87	19·77	6·91	3·52	17·63	100.00	32532
					10·90[2]			5·91[3]		

zündung. — [3]) Gewaltsamer Tod (ohne Selbstmord). — [4]) Gehirnkrankheiten. — [5]) „Verletzungen".

Tabelle 47.

Verteilung der Todesur-

Es starben im Alter von

	Infektions-Krankheiten	Tuberkulose	Krebs	Diabetes
Ärzte in Österreich 1894—1903	3·66	5·49	7·93	3·66
Ärzte in Württemberg 1810—1895 im Alter von 50 bis 59 Jahren	10·85	4·72	8·49	0·47
Männer in Österreich 1896—1900	2·02	11·79	8·47	—
Männer in Niederösterreich 1896—1900 (ohne Wien) . . .	1·38	12·70	12·36	—
Männer in den Landgemeinden Preußens 1897—1901 . . .	1·04	12·85	6·88	—
Männer in den Stadtgemeinden Preußens 1897—1901 . . .	0·71	9·85	11·17	—
Männer in Wien 1896—1900	1·37	14·00	14·18	—
Männer in der Schweiz 1881—1890 im Alter von 60 bis 69 Jahren	1·47	7·51	12·64	0·18

*) Die Verteilung der Todesursachen der über 70 Jahre alten Ärzte und Männer ist Zahl aller anderen Krankheiten gleichmäßig kleiner.

[1]) Darunter 2·44 Altersschwäche. — [2]) Darunter 14·70 Altersschwäche. — [3]) Darunter [5]) Lungenentzündung. — [6]) Gewaltsamer Tod (ohne Selbstmord). — [7]) Gehirnkrankheiten. —

sachen nach Altersgruppen.

über 60 bis 70 Jahren an*

Nephritis	Gehirn- u. Rückenmarkkrankh.	Gehirnschlagfluß	Krankheiten der Blutgefäße	Herzkrankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Selbstmord	Sonstige Krankheiten	Zusammen	Zahl der Gestorbenen
6·10	4·27	9·15	14·63	20·13	11·59	6·71	0·61	6·07[1]	100·00	164
				43·91				. [8]		
0·94	4·25	16·04	1·42	14·62	5·19	2·35	0·94	29·72	100·00	212
								. [8]		
—	—	6·67	7·09		—	—	1·19	62·77	100·00	152706
					12·67[5]			1·67[8]		
—	—	9·66	10·70		—	—	2·03	51·17	100·00	8543
					9·59[5]			2·01[8]		
2·01	—	11·19	—	7·76	23·29	—	1·87	33·11[2]	100·00	103960
	0·82[7]							2·76[8]		
4·15	—	13·88	—	9·99	21·28	—	2·05	26·92[3]	100·00	69978
	2·05[7]							2·21[8]		
—	—	7·28	16·27		—	—	1·38	45·52	100·00	7778
					9·41[5]			1·11[8]		
1·81[4]	3·55	8·52	0·72	9·39	24·90	6·02	1·78	21·51	100·00	42243
					11·05[5]			3·49[6]		

ziemlich die gleiche; nur die Zahl der an Altersschwäche Gestorbenen ist sehr groß, die

7·58 Altersschwäche. — [4]) Davon 25 Prozent akute und 75 Prozent chronische Nephritis. — [8]) „Verletzungen."

Es starben Männer an Altersschwäche[1])

In den preußischen Stadtgemeinden	11·56 Prozent
In den preußischen Landgemeinden	25·31 „
England	8·22 „
Irland	21·87 „
Italien	10·19[2]) „
Wien	6·13[3]) „
Budapest	5·10[2]) „

Leider führt die österreichische Statistik für die Altersschwäche keine Rubrik (siehe Tabelle 52). Hier hätte man am besten sehen können, inwieweit die Annahme, die Zahl der an Altersschwäche Gestorbenen hänge mit den ärztlichen Beglaubigungen der Todesfälle zusammen, ihre Berechtigung hat; denn die Todesursachen waren 1900 in Österreich in den verschiedenen Städten und Ländern in den verschiedensten Prozentverhältnissen ärztlich nicht beglaubigt, zwischen 0·02 Prozent in Wien und 73·80 Prozent in Galizien. In Ungarn waren 1897 von den ärztlich festgestellten Todesursachen 8·09 Prozent, von den durch Nichtärzte festgestellten Todesursachen hingegen 15·12 Prozent Altersschwäche. Gewiß sehr bemerkenswert.

Auch für die Ärzte selbst sind viele Todesursachen ärztlich unbescheinigt geblieben, daher das relativ öftere Vorkommen von Altersschwäche in diesem Berufe.

Schlußwort zur Mortalität der Ärzte.

Aus dem Gesagten geht hauptsächlich folgendes hervor:

1. Die Zivilärzte in Österreich zeigten eine viel geringere Mortalität als die österreichische Bevölkerung im gleichen Alter. Am niedrigsten war die Sterblichkeit der Wiener Ärzte.

2. Die häufigsten Todesursachen waren Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße.

3. Relativ häufig starben die österreichischen Ärzte auch an Krebs, Gehirnerweichung, Nierenentzündung, Diabetes und Selbstmord.

4. Die Tuberkulose trat hingegen als Todesursache in sehr kleinen Prozenten auf.

5. Kein einziger Arzt starb an syphilitischen Krankheiten.

Die Ursache der überwiegend vorkommenden Herz- und Gefäßkrankheiten bei Ärzten muß größtenteils in der durch den Beruf verursachten Hast, Aufregung und unregelmäßigen Lebensweise gesucht werden, da über 80 Prozent dieser Krankheiten chronischer Natur waren:

[1]) In Prozenten der verstorbenen Männer über 20 Jahre. — [2]) Männer über 15 Jahre man muß sich daher die Zahlen für Männer über 20 Jahre etwas größer vorstellen. — [3]) Für Wien wurden die Daten aus dem Handbuche der Stadt Wien entnommen und daraus die Prozentzahl berechnet.

Als Folge davon treten dann Innervationsstörungen, daher schlechte Ernährung, Degeneration, bindegewebige Wucherung und Verkalkung der Herz- und Gefäßwand an hierzu durch ihre Lage prädisponierten Stellen auf.

Zur Morbidität der Ärzte.

1. Morphinismus.

Wiewohl eine Untersuchung der Morbidität der österreichischen Ärzte keineswegs in der Aufgabe dieser Arbeit lag und auch kaum in sicherer und gewissenhafter Weise gelöst werden konnte, so möge an dieser Stelle doch auf zweierlei Gefahren hingewiesen werden, welche sich in bezug auf Gesundheitsstörung bei den Ärzten geltend machen, und uns veranlassen, denselben eine nähere Beachtung angedeihen zu lassen.

Es betrifft dies erstens den immer noch in Zunahme begriffenen Morphinismus, dem die Ärzte zum Opfer fallen. Diese Krankheit, ergänzt durch den Ersatz des Morphiums, durch Kokain und andere Betäubungsmittel, erfaßt in erster Linie die Ärzte, und zwar die österreichischen Ärzte in ganz besonders hervorragender Weise. Ein von uns in Umlauf gesetzter Fragebogen bei den österreichischen, deutschen und ausländischen Entwöhnungsanstalten ergab, daß das prozentuale Verhältnis des Krankenstandes in den österreichischen Entwöhnungsanstalten umfaßte

an			
Ärzten	38	Prozent	darunter in den zwei besuchtesten Anstalten bei den Ärzten 58 und 40 Prozent
anderen wissenschaftlichen Berufen	16	„	
Beamten	12	„	
Offizieren	10	„	
Handelsleuten	10½	„	
anderen Ständen	13½	„	
	100	Prozent	

wo im Deutschen Reiche und in der Schweiz } das Durchschnittsprozent der an Morphinismus leidenden Ärzte nur 30 Prozent stark war.

Es ist eine charakteristische Erscheinung, daß unter den weiblichen Morphinisten, soweit unverheiratete Frauen hierbei zur Sprache kommen, ein ziemlich starker Prozentsatz von Krankenpflegerinnen hieran beteiligt ist.

2. Unfälle der Ärzte.

Ein zweites beachtenswertes Moment aber liegt in den immer stärker auftretenden Unfällen, welche den Ärzten in ihrem Berufe drohen. — Es ist gar keine Frage, daß hierzu die immer mehr zur Anwendung kommenden operativen Eingriffe beitragen, welche immer neuer Hilfsmittel bedürfen, um den Leidenden Linderung zu verschaffen. Je feiner diese Hilfsmittel sind, desto gefährlicher werden sie der Hand, die sie anwendet. Wir vereinigen in der nachfolgenden Tabelle eine Anzahl solcher Unfälle, wie sie uns durch das

Tabelle 48. **I. Sterblichkeit der Ärzte in den Jahren 18**

(In absolut

Es starben Ärzte in den Jahren 1894—1903 an: (in absoluten Zahlen)		Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. u. end. Inf.-Krankh.*)	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	
in	im Alter von														
Wien	25—30 J.	.	1	1	.	1	.	3	.	1	.	1	.	.	
	über 30—40 „	.	.	.	.	2	.	4	.	1	.	1	3	.	
	„ 40—50 „	.	.	.	.	.	.	6	.	4	.	.	1	.	
	„ 50—60 „	.	.	.	.	.	.	3	.	7	.	.	.	.	
	„ 60—70 „	.	.	.	.	.	1	2	.	3	.	.	.	2	
	„ 70 „	.	.	.	.	.	.	1	.	9	.	1	1	22	
	Zusammen . . .	.	1	1	.	3	1	19	.	25	.	3	5	24	
				6						25		8		27	
den übrigen Hauptstädten[7])	25—30 J.	1	1	.	.	.	.	4	.	.	.	.	1	.	
	über 30—40 „	1	3	.	.	.	1	17	.	5	1	2	8	.	
	„ 40—50 „	.	.	.	.	.	1	7	.	1	1	.	3	.	
	„ 50—60 „	1	1	.	.		.	6	.	10	.	.	4	.	
	„ 60—70 „	.	.	.	1	1	1	2	.	5	.	.	.	2	
	„ 70 „	.	.	.	.	.	.	1	.	6		.	.	33	
	Zusammen . . .	3	5	.	1	1	3	37	.	27	2	2	16	35	
				13						29		18		42	
d. and. Städten u. Gemeinden	25—30 J.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	
	über 30—40 „	1	2	.	.	1	.	9	.	1	.	.	5	.	
	„ 40—50 „	1	.	1	.	.	2	7	.	3	.	1	.	.	
	„ 50—60 „	2	1	.	2	.	1	3	.	5	.	1	2	.	
	„ 60—70 „	.	.	.	1	.	1	5	.	5	.	.	1	.	
	„ 70 „	.	.	.	.	.	1	1	.	6	1	.	.	30	
	Zusammen . . .	4	3	1	3	1	5	28	.	20	1	2	8	30	
				17						21		10		41	

[1]) Magengeschwür. — [2]) Nervenentzündung. — [3]) Leukämie. — [4]) „Gangrän". — [5]) Unbekannte Tode ursache in Anmerkung 6 und 8.) — [6]) Einmal unbekannte Todesursache und einmal Nephrolithiasis — [7]) Inklusi

*) Ohne kruppöse Lungenentzündung.

bis 1903 nach Altersklassen und Todesursachen.

Zahlen.)

Gehirnschlagfluß	Entzündung des Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Org. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankheiten der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen
1	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11
1	2	.	.	1	.	1	2	1	1	.	3	1	.	.	1	.	.	.	1	2	.	1[1]	29
3	.	2	.	.	.	.	2	1	1	1	1	4	1	1	.	.	.	.	1	6	.	.	35
5	2	2	.	.	1	.	5	.	.	1	2	4	4	3	.	.	1	1	3	3	.	1[2]	50
7	.	.	.	1	.	1	4	1	.	1	5	4	4	10	.	.	2	.	2	4	1	1[3]	57
5	.	2	.	1	2	3	8	1	.	.	5	.	4	3	.	.	.	1	1	2	.	.	72
22	4	6	.	3	3	5	22	4	3	3	16	13	13	17	1	.	3	2	8	17	1	3	254
		35			34				65						14					18			
1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1[4]	10
.	.	5	.	.	1	.	4	.	.	2	1	.	1	.	1	.	.	1	.	2	.	.	57
1	1	1	.	.	.	.	3	1	.	4	5	.	1	2	1	.	.	1	.	2	1	1[3]	38
3	.	3	.	.	1	2	2	.	.	.	11	.	1	.	1	1	.	.	.	8	.	1[3]	58
5	.	1	.	.	2	1	5	.	.	.	9	3	.	8	.	1	.	1	3	3	.	1[5]	58
6	.	.	.	.	.	1	10	.	.	.	4	.	2	.	.	.	.	.	.	2	.	1[5]	67
16	1	10	.	.	5	4	24	1	.	6	30	3	5	10	3	2	.	3	3	17	1	5	288
		27			34				54						11					18			
.	.	.	.	.	.		.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1[5]	6
1	1	1	.	1	.	.	2	.	.	1	2	.	2	.	.	.	.	.	.	1		1[5]	34
3	.	2	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	4	.	2[6]	31
6	.	2	.	1		.	3	1	.	2	7	1	5	7	.	1	.	.	1	5	.	2[5]	64
3	.	4	1	.	.	1	4	.	.	.	3	.	4	6		.	.	.	2	3	.	3[8]	49
4	.	.	1	.		1	3	.	.	.	1	.	2	3	1	1	.	.	1	1	2	.	63
17	1	9	3	2	.	2	13	1	.	3	14	1	13	16	2	2	.	.	6	14	2	9	247
		32			16				47						10					16			

ursache, weil der Tod in der Fremde eintrat. (Aus demselben Grunde erfolgte keine Bezeichnung der Todes-Krakau. — [8]) Zweimal unbekannte Todesursache und einmal „Kachexie".

Tabelle 49.

II. Sterblichkeit der Ärzte in den Jahren 1894 bis 190

(In absolute

Es starben Ärzte in den Jahren 1894—1903 an: (in absoluten Zahlen)		Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	Zuckerharnruhr
in	im Alter von														
Wien, den übrigen Hauptstädten und den anderen Städten und Gemeinden (Österreich)	25—30 J.	1	2	1	.	1	.	10	.	1	.	1	1	.	1
	über 30—40 „	2	5	.		3	1	30	.	7	1	3	16	.	3
	„ 40—50 „	1	.	1	.	.	3	20		8	1	1	4	.	.
	„ 50—60 „	3	2	.	2	.	1	12	.	22	.	1	6	.	7
	„ 60—70 „	.	.	.	2	1	3	9	.	13	.	.	1	4	6
	„ 70 „	.	.	.	.	.	1	3	.	21	1	1	1	85	4
	Zusammen . . .	7	9	2	4	5	9	84	.	72	3	7[3])	29	89	21
				36						75		36		110	
Bosnien		.	3	.	.	1	1	2	.	.	3	.	1	.	.
				5						3		1			
Österreich und Bosnien		7	12	2	4	6	10	86	.	72	6	7	30	89	21
				41						78		37		110	
Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums in den Jahren 1854—1903		.	3	.	.	3[1])	7	14	1[2])	9	.	3	1	10	.
				13						9		4		10	

[1]) Darunter zwei Fälle von Cholera. — [2]) Anthrax. — [3]) Darunter zwei Fälle von Morphinismus und ein sechsmal Aneurysma, einmal Thrombose und einmal Embolie; sonst Arteriosklerose. — [6]) Davon zwei Fälle von

nach Altersklassen und Todesursachen (Fortsetzung).

Zahlen.)

Gehirn-Schlagfluß	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Org. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen
2	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	:	.	2	27
2	3	6	.	2	1	1	8	1	1	3	6	1	3	.	2	.	.	1	1	5	.	2	120
7	1	5	1	.	.	.	6	2	1	5	6	4	2	3	2	.	.	1	3	12	1	3	104
14	2	7	.	1	2	2	10	1	.	3	20	5	10	10	1	2	1	1	4	16	.	4	172
15	.	5	1	1	2	3	13	1	.	1	17	7	8	24	.	1	2	1	7	10	1	5	164
15	.	2	1	1	2	5	21	1	.	.	10	.	8	6	1	1	.	1	2	5	2	1	202
55	6[4])	25	3	5	8	11	59	6	3	12	60	17	31	43[5])	6	4	3	5	17	48[6])	4	17	789
		94				84					166						35				52		
1	.	.	.	.	.	1	.	1		.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	1[7])	17
		1				2					2												
56	6	25	3	5	8	12	59	7	3	12	60	17	31	45	6	4	3	5	17	48	4	18	806
		95				86					168						35				52		
17	3	4	.	8	.	.	9	1	.	.	16	4	24	.	.	.	1	5	.	2	.	3	148
		32				10					44						6				2		
																					Zusammen		954

Fall von Alkoholismus chr. — [4]) Dreimal Gehirnentzündung und dreimal „Gehirnhautentzündung". [5]) — Darunter akuter Nephritis und 46 Fälle von chronischer Nephritis. — [7]) Magengeschwür.

Tabelle 50.

Sterblichkeit der Ärzte in den Jahren 189

(In relativer

Es starben Ärzte in den Jahren 1894—1903 an: (in relativen Zahlen)		Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	Zuckerharnruhr
in	im Alter von														
Wien	25—30 J.	.	9·09	9·09	.	9·09	.	27·28	.	9·09	.	9·09	.	.	.
	über 30—40 „	.	.	.	.	6·90	.	13·79	.	3·45	.	3·45	10·34	.	.
	„ 40—50 „	.	.	.	.	.	.	17·14	.	11·43	.	.	2·86	.	.
	„ 50—60 „	.	.	.	.	.	.	6·00	.	14·00	.	.	.	.	4·00
	„ 60—70 „	.	.	.	.	.	1·75	3·51	.	5·26	.	.	.	3·51	1·75
	„ 70 „	.	.	.	.	.	.	1·39	.	12·50	.	1·39	1·39	30·56	.
	Zusammen . . .	.	0·39	0·39	.	1·18	0·39	7·48	.	9·84	.	1·18	1·97	9·45	1·18
			2·35							9·84		3·15		10·63	
den übrigen Hauptstädten[1])	25—30 J.	10·00	10·00	.	.	.	.	40·00	.	.	.	.	10·00	.	.
	über 30—40 „	1·75	5·26	.	.	.	1·75	29·82	.	8·77	1·75	3·51	14·04	.	1·75
	„ 40—50 „	.	.	.	.	.	2·63	18·42	.	2·63	2·63	.	7·89	.	.
	„ 50—60 „	1·72	1·72	.	.	.	.	10·34	.	17·24	.	.	6·90	.	3·45
	„ 60—70 „	.	.	.	1·72	1·72	1·72	3·45	.	8·62	.	.	.	3·45	5·17
	„ 70 „	.	.	.	.	.	.	1·49	.	8·96	.	.	.	49·25	1·49
	Zusammen . . .	1·04	1·73	.	0·35	0·35	1·04	12·84	.	9·38	0·69	0·69	5·56	12·15	2·43
			4·51												
den anderen Städten und Gemeinden	25—30 J.	.	.	.	.	.	.	50·00	.	.	.	.	.	.	16·66
	über 30—40 „	2·94	5·88	.	.	2·94	.	26·47	.	2·94	.	.	14·70	.	5·88
	„ 40—50 „	3·23	.	3·23	.	.	6·45	22·58	.	9·68	.	3·23	.	.	.
	„ 50—60 „	3·12	1·56	.	3·12	.	1·56	4·69	.	7·81	.	1·56	3·12	.	4·69
	„ 60—70 „	.	.	.	2·04	.	2·04	10·20	.	10·20	.	.	2·04	.	4·08
	„ 70 „	.	.	.	.	.	1·59	1·59	.	9·53	1·59	.	.	47·62	4·76
	Zusammen . . .	1·62	1·21	0·40	1·21	0·40	2·02	11·33	.	8·09	0·40	0·81	3·24	12·15	4·45
			6·86												

[1]) Inklusive Krakau.

bis 1903 nach Altersklassen und Todesursachen.

Zahlen.)

Gehirnschlagfluß	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen
	.	.	.	.	.	.	9·09	.	9·09	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	100·00
145	6·90	.	.	3·45	.	3·45	6·90	3·45	3·45	.	10·34	3·45	.	.	3·45	.	.	.	3·45	6·90	.	3·45	100·00
167	.	5·72		.	.	.	5·71	2·86	2·86	2·86	2·86	11·43	2·86	2·86	.	.	.	.	2·86	17·14	.	.	100·00
140	4·00	4·00	.	.	2·00	.	10·00	.	.	2·00	4·00	8·00	8·00	6·00	.	.	2·00	2·00	6·00	6·00	.	2·00	100·00
228	.	.	.	1·75	.	1·75	7·02	1·75	.	1·75	8·77	7·02	7·02	17·54	.	.	3·51	.	3·51	7·02	1·75	1·75	100·00
194	.	2·78	.	1·39	2·78	4·17	11·11	1·39	.	.	6·94	.	5·55	4·17	.	.	.	1·39	1·39	2·78	.	.	100·00
966	1·57	2·36	.	1·18	1·18	1·97	8·66	1·57	1·18	1·18	6·30	5·12	5·12	6·69	0·39	.	1·18	0·79	3·15	6·69	0·39	1·18	100·00
		13·78				13·38					25·59						5·51			7·09			
30	.	.	.	.	10·00	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10·00	100·00
.	.	8·77	.	.	1·75	.	7·02	.	.	3·51	1·75	.	1·75	.	1·75	.	.	1·75	.	3·51	.	.	100·00
263	2·63	2·63	.	.	.	.	7·89	2·63	.	10·53	13·16	.	2·63	5·26	2·63	.	.	2·63	.	5·26	2·63	2·63	100·00
117	.	5·17	.	.	1·72	3·45	3·45	.	.	.	18·97	.	1·72	.	1·72	1·72	.	.	.	13·79	.	1·72	100·00
162	.	1·72	.	.	3·45	1·72	8·62	.	.	.	15·52	5·17	.	13·79	.	1·72	.	1·72	5·17	5·17	.	1·72	100·00
196	.	.	.	.	.	1·49	14·98	.	.	.	5·97	.	2·98	.	.	.	.	.	.	2·98	.	1·49	100·00
756	0·35	3·47	.	.	1·73	1·39	8·33	0·35	.	2·08	10·42	1·04	1·73	3·47	1·04	0·69	.	1·04	1·04	5·90	0·35	1·73	100·00
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16·66	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16·66	100·00
194	2·94	2·94	.	2·94	.	.	5·88	.	.	2·94	5·88		5·88	.	.	.	.	.	.	2·94	.	2·94	100·00
168	.	6·46	3·23	.	.	.	3·23	.	.	.	.	.	.	.	3·23	.	.	.	6·45	12·90	.	6·45	100·00
137	.	3·12	.	1·56	.	.	4·69	1·56	.	3·12	10·94	1·56	7·81	10·94	.	1·56	.	.	1·56	7·81	.	3·12	100·00
112	.	8·16	2·04	.	.	2·04	8·16	.	.	.	6·12	.	8·16	12·24	.	.	.	.	4·08	6·12	.	6·12	100·00
135	.	.	1·59	.	.	1·59	4·76	.	.	.	1·59	.	3·17	4·76	1·59	1·59	.	.	1·59	1·59	3·17	.	100·00
788	0·40	3·64	1·21	0·81	.	0·81	5·26	0·40		1·21	5·67	0·40	5·26	6·48	0·81	0·81	.	.	2·42	5·67	0·81	3·64	100·00

Tabelle 51.

II. Sterblichkeit der Ärzte in den Jahren 1894 bis 190

(In relative

Es starben Ärzte in den Jahren 1894 – 1903 an: (in relativen Zahlen) in	im Alter von	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	Zuckerharnruhr
Wien, den übrigen Hauptstädten und den anderen Städten und Gemeinden (Österreich)	25—30 J.	3·70	7·40	3·70	.	3·70	.	37·04	.	3·70	.	3·70	3·70	.	3·7
	über 30—40 „	1·67	4·17	.	.	2·50	0·83	25·00	.	5·84	0·83	2·50	13·33	.	2·5
	„ 40—50 „	0·96	.	0·96	.	.	2·89	19·23	.	7·69	0·96	0·96	3·85	.	.
	„ 50—60 „	1·74	1·16	.	1·16	.	0·58	6·98	.	12·80	.	0·58	3·49	.	0·4
	„ 60—70 „	.	.	.	1·22	0·61	1·83	5·49	.	7·93	.	.	0·61	2·44	3·6
	„ 70 „	.	.	.	.	.	0·49	1·48	.	10·40	0·49	0·49	0·49	42·08	1·9
	Zusammen . . .	0·89	1·14	0·25	0·51	0·63	1·14	10·65	.	9·12	0·38	0·89	3·68	11·28	2·6
			4·56							9·50		4·57		13·94	
			15·21												
Bosnien		.	17·65	.	.	5·88	5·88	11·76	.	.	17·65	.	5·88	.	.
			29·41							17·65		5·88			
			41·17												
Ärzte der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, in den Jahren 1854—1893		.	2·03	.	.	2·03	4·73	9·46	0·67 [1]	6·08	.	2·03	0·67	6·76	.
			8·79 + 0·67 = 9·46							6·08		2·70		6·76	
			18·92												

[1]) Zoonose. — [2]) Entkräftung.

nach Altersklassen und Todesursachen (Fortsetzung).

Zahlen.)

Gehirnschlagfluß	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen
7·40	.	.	.	.	3·70	.	3·70	.	3·70	.	3·70	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7·40	100·00
1·67	2·50	5·00	.	1·67	0·83	0·83	6·67	0·83	0·83	2·50	5·00	0·83	2·50	.	1·67	.	.	0·83	0·83	4·17	.	1·67	100·00
6·73	0·96	4·81	0·96	.	.	.	5·77	1·92	0·96	4·81	5·77	3·85	1·92	2·89	1·92	.	.	0·96	2·89	11·54	0·96	2·89	100·00
8·14	1·16	4·07	.	0·58	1·16	1·16	5·81	0·58	.	1·74	11·63	2·91	5·81	5·81	0·58	1·16	0·58	0·58	2·32	9·30	.	2·32	100·00
9·15	.	3·05	0·61	0·61	1·22	1·83	7·93	0·61	.	0·61	10·37	4·27	4·88	14·63	.	0·61	1·22	0·61	4·27	6·10	0·61	3·05	100·00
7·42	.	0·99	0·49	0·49	0·99	2·47	10·40	0·49	.	.	4·95	.	3·96	2·97	0·49	0·49	.	0·49	0·99	2·47	0·99	0·49	100·00
6·97	0·76	3·17	0·38	0·63	1·01	1·39	7·48	0·76	0·38	1·52	7·61	2·15	3·93	5·45	0·76	0·51	0·38	0·63	2·16	6·08	0·51	2·16	100·00
		11·91				10·64					21·04						4·44			6·59			
5·88	.	.	.	.	.	5·88	.	5·88	.	.	.	.	.	11·76	.	.	.	.	.	.	.	5·88	100·00
		5·88				11·76					11·76												
11·49	2·03	2·70	.	5·41	.	.	6·08	0·67	.	.	10·81	2·70	16·22	.	.	.	0·68	3·38	.	1·35	.	2·03	100·00
		21·63				6·75					29·73						4·06			1·35			

Tabelle 52. Sterblichkeit der Männer in Österreich, Niederös

Es starben in ganz Österreich[10]) in den Jahren 1896—1900 an: (in Prozenten der Verstorbenen) Männer im Alter von	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie[1])	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.[2])	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.[3])	Krebs[4])	Sarkom	Verletzungen[5])	Selbstmord	Altersschwäche
				*									
über 20—30 J.	0·35	4·77	0·27	1·45		0·90	49·55	0·04	0·79	—	5·94	4·86	
„ 30—40 „	0·39	3·04	0·12	0·80		0·91	42·54	0·05	2·28	—	5·36	3·27	.
„ 40—50 „	0·34	1·87	0·09	0·71		0·97	32·13	0·03	5·60	—	4·08	3·00	.
„ 50—60 „	0·21	1·23	0·07	0·67		0·86	21·80	0·03	8·66	—	2·68	2·12	.
„ 60—70 „	0·09	0·60	0·06	0·69		0·58	11·79	0·03	8·47	—	1·67	1·19	—
„ 70 „	0·02	0·13	0·04	0·42		0·31	2·87	0·01	3·76	—	0·76	0·49	—
Männer über 20 J.	0·18	1·43	0·09	0·70		0·67	20·72	0·03	5·36	—	2·72	1·98	—
			3·07										
Es starben in Niederösterreich[10]) (mit Ausschluß von Wien) in den Jahren 1896—1900 an: (in Prozenten der Verstorbenen)													
über 20—30 J.	.	2·91	0·19	0·33		0·88	54·30	0·08	1·04	—	8·79	6·04	.
„ 30—40 „	.	1·91	0·03	0·21		0·97	44·02	.	2·61	—	8·73	4·83	.
„ 40—50 „	.	1·13	0·12	0·22		1·22	31·98	.	7·21	—	4·94	5·06	.
„ 50—60 „	.	0·64	0·05	0·28		0·94	22·14	.	11·41	—	3·89	3·40	.
„ 60—70 „	0·01	0·40	0·02	0·29		0·66	12·70	0·01	12·36	—	2·01	2·03	—
„ 70 „	.	0·10	0·03	0·26		0·44	3·61	0·01	5·64	—	0·82	0·63	—
Männer über 20 J.	0·00	0·77	0·05	0·27		0·73	19·63	0·01	7·43	—	3·41	2·71	—
			1·82										
Es starben in Wien[10]) in den Jahren 1896—1900 an: (in Prozenten der Verstorbenen)													
über 20—30 J.	.	1·79	0·13	0·52		1·34	58·16	0·02	1·26	—	3·39	7·83	.
„ 30—40 „	.	0·62	0·10	0·29		1·18	54·63	0·04	3·04	—	2·45	3·94	.
„ 40—50 „	.	0·48	0·06	0·25		1·12	37·74	0·04	7·41	—	1·90	3·60	.
„ 50—60 „	.	0·14	0·02	0·18		1·37	24·32	0·03	12·73	—	1·45	2·98	.
„ 60—70 „	.	0·04	0·09	0·19		1·05	14·00	0·04	14·18	—	1·11	1·38	—
„ 70 „	.	0·01	0·03	0·13		0·60	5·04		8·13	—	0·52	0·80	—
Männer über 20 J.	.	0·46	0·07	0·25		1·11	30·85	0·03	8·24	—	1·73	3·25	—
			1·89										

[1]) Krupp und Diphtheritis. — [2]) Exklusive kruppöser Lungenentzündung und Gelenkrheumatismus; inklusive Sypl
[6]) Lungenentzündung überhaupt. — [7]) Nur atheromatöse Prozesse und Aneurysmen. — [8]) Einheimischer Brechdurc
den Daten der österreichischen Statistik, Bewegung der Bevölkerung, 1896 bis 1900 zusammengestellt und berechne
*) Mit Syphilis.

ich und Wien, nach Altersgruppen und Todesursachen

	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung[6]	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, w. e. Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße[7]	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh[8]	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.[9]	Zusammen	Absolute Zahl der Verstorbenen
									Herz- und Gefäß-Krankh.															
[illegible]	–	–	–	–	–	–	8·34	-			3·10					0·10	-		--	-		18·59	100·00	77757
[illegible]	–	–	–	–	–	–	10·70	--			4·65				- -	0·13	--		-			23·56	100·00	73329
[illegible]	–	–	-	–	–	–	12·51	- -			6·28				-	0·12	-					28·65	100·00	91876
[illegible]		–	--	–	–	–	13·92	--			7·41					0·11	–					34·91	100·00	124203
[illegible]	-	–	–	–	–	–	12·67	—			7·09					0·08	-	-	-	-		48·32	100·00	152706
[illegible]	-	–	–	–	–	–	6·82	—			4·27				--	0·04	—	—				73·77	100·00	204960
[illegible]	-	--	–	–	–	- -	10·55	- -			5·57				—	0·09	-	- -		---		45·03	100·00	724831
[illegible]	–	–	–	–	–	–	3·99	- -			3·99				- -	0·06	- -			-		16·33	100·00	3639
[illegible]	–	--	-	–	–		6·07	---			5·26				—	0·08	-					22·59	100·00	3723
[illegible]	–	–	—	—	--	--	8·16	--			7·25				-	0·12				-		27·55	100·00	4937
[illegible]	--	—	—		—	—	7·87	-			10·16				—	0·11	-					32·32	100·00	6671
[illegible]	–	--	-	—	—	--	9·59				10·70				–	0·09	-					39·47	100 00	8513
[illegible]	–	–	—	–	--	—	6·77				6·36				- -	0·04	-					66·21	100·00	14710
[illegible]	–	--	—		—	--	7·38				7·64				-	0·08						42·78	100·00	42223
[illegible]	--	—	--	—	—	—	4·19				4·19				--	0·02				—		16·73	100·00	6272
[illegible]	–	–	--	–	-	—	5·05				7·26				- -				-	-	-	20·44	100·00	6888
[illegible]	–	—	–	–	—	-	6·30				11·73				-	.		--			-	26·69	100·00	8534
[illegible]	--	--	--	–	--	-	7·47				15·24				--							28·74	100·00	9236
[illegible]	–	--	–	--	--	--	9·41	-			16·27				-	.						34·96	100·00	7778
[illegible]	–	—	–	–	-	—	10·16				11·80				--	.						54·65	100·00	7843
[illegible]	--	--	–	–	--	—	7·24	–			11·51				--	0·00						36·93	100·00	46551

[illegible]) Nur Zoonosen. — [illegible]) Bösartige Neubildungen. — [illegible]) Nur zufällige Beschädigungen. Mord und Todschlag. [illegible]nteritis acuta, Cholera nostras). — [illegible]) Von der österreichischen Statistik nicht angegebene Todesursachen. — [illegible]) Aus

Tabelle 53. **Sterblichkeit der Männer in Preußen und Itali**

Männer im Alter von	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	And. epid. u. end. Inf.-Krankh.[11]	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	Andere Infektions-Krankheiten	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	
Es starben in den Stadtgemeinden[10]) Preußens in den Jahren 1897—1901 an: (in Prozenten der Verstorbenen)														
über 20—30 J.	0·00	3·99	0·23	—	0·81	—	44·24	0·05[12]	1·07	—	10·93	5·94	.	-
„ 30—40 „	.	1·75	0·09	—	0·56	—	37·67	0·04	2·69	—	9·00	5·05	.	-
„ 40—50 „	0·00	0·88	0·03	—	0·42	—	27·98	0·05	6·45	—	6·41	4·62	.	-
„ 50—60 „	0·00	0·39	0·02	—	0·45	—	18·21	0·04	10·79	—	4·07	3·47		-
„ 60—70 „	.	0·25	0·01	—	0·45	—	9·85	0·01	11·17	—	2·21	2·05	7·58	-
„ 70 „	.	0·08	0·01	—	0·20	—	2·18	0·00	4·95	—	0·90	0·86	44·86	-
Männer über 20 J.	0·00	0·95	0·05	—	0·44	—	20·24	0·03	6·71	—	4·78	3·29	11·56	-
Es starben in den Landgemeinden[10]) Preußens in den Jahren 1897—1901 an: (in Prozenten der Verstorbenen)														
über 20—30 J.	0·01	2·89	0·29	—	0·76	—	42·99	0·01	0·56	—	14·57	4·42	.	-
„ 30—40 „	0·00	1·82	0·09	—	0·59	—	33·12	0·02	1·71	—	13·00	4·76	.	-
„ 40—50 „	0·00	1·06	0·04	—	0·67	—	26·54	0·01	4·72	—	8·76	4·67	.	
„ 50—60 „	0·00	0·57	0·03	—	0·82	—	20·93	0·01	7·66	—	5·03	3·64	.	-
„ 60—70 „	.	0·29	0·02	—	0·73	—	12·85	0·00	6·88	—	2·76	1·87	14·70	-
„ 70 „	0·00	0·08	0·01	—	0·24	—	2·79	.	2·06	—	0·90	0·78	64·00	-
Männer über 20 J.	0·00	0·68	0·04	—	0·55	—	16·23	0·00	4·18	—	4·91	2·55	25·31	-
Es starben in Italien im Jahre 1898[17]) an: (in Prozenten der Verstorbenen)														
20—39 J.	.	7·84	0·13	1·15	3·00[3]	0·77	31·59[4]	0·52[5]	1·17[*]		7·12[**]	1·90	.	0·1
40—59 „	.	2·00	0·04	1·43	2·43	0·90	10·97	0·44	5·58		5·72	1·35	.	0·1
60—79 „	.	0·59	0·01	1·52	0·88	0·43	1·90	0·08	4·32		3·45	0·39	11·61	0·1
80 und mehr „	.	0·11	0·01	1·44	0·33	0·19	0·21	.	1·38		1·28	0·11	42·03	0·1

[1]) Nierenkrankheiten. — [2]) Samt einem Teile von Personen unbekannten Alters. — [3]) Darunter Malaria in d Reihenfolge der Altersgruppen: 3·12, 1·22, 0·38, 0·08. — [5]) Lyssa und Syphilis. — [6]) Bösartige Neubildungen. der Bronchien. — [7a]) Lungenentzündung überhaupt. — [8]) Krankheiten der Pleura und des Mediastinums. — [9]) Kran 0·40. — [11]) Ohne kruppöse Lungenentzündung. — [12]) Nur Syphilis. — [13]) „Andere Lungenkrankheiten". — [14]) Ei Die Sterblichkeit 157, 162, 166, 171 und 179 zusammengestellt und berechnet. — [17]) Statistica delle cause di morte.

*) Herzkrankheiten. — ** Wassersucht.

nach Altersgruppen und Todesursachen.

Altersgruppen	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Org. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh [14])	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung [1])	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankheiten [15])	Zusammen	Absolute Zahl der Verstorbenen
	Gehirnkrankh.								Herzkrankheiten															
0	3·22	—	—		1·31	2·34 [13])	7·16		3·40 + 0·46 [*]) [**])					—	—	0·07	—	—	—	2·30	—	10·18	100·00	41869
5	3·05	—			1·82	2·77	9·55		4·36 + 0·81					—	—	0·07	—	—	—	3·06	—	12·41	100·00	46855
15	3·02	—	—		2·50	3·74	9·82		5·76 + 1·44					—	—	0·12	—	—	—	3·65	—	14·96	100·00	60460
25	2·45	—	—		3·86	5·09	9·73		7·30 + 2·09					—	—	0·10	—	—	—	4·24	—	16·22	100·00	68641
35	2·05	—	—		5·55	6·23	9·50		7·37 + 2·62							0·08	—	—	—	4·15	—	14·99	100·00	69978
45	1·04	—	—		5·35	3·71	6·37		4·38 + 1·62					—	—	0·08	—	—	—	3·15	—	8·87	100·00	84049
55	2·31	—	—		3·75	4·17	8·62		5·62 + 1·63					—	—	0·09	—	—	—	3·51	—	12·70	100·00	372106 [2])
0	2·08	—	—		1·47	3·15	8·07		2·02 + 1·15					—	—	0·09	—	—	—	1·43	—	10·66	100·00	36911
2	2·26	—	—		1·66	3·71	11·43		2·39 + 1·67					—	—	0·12	—	—	—	1·78	—	13·55	100·00	38611
0	2·05	—	—		2·16	4·82	13·32		2·91 + 2·55					—	—	0·14	—	—	—	1·79	—	15·29	100·00	52705
0	1·37	—	—		3·16	6·78	13·12		3·25 + 4·03					—	—	0·16	—	—	—	1·98	—	17·38	100·00	74071
5	0·82	—	-		3·94	7·38	11·97		2·83 · 4·93					—	—	0·14	—	—	—	2·01	—	14·69	100·00	103960
0	0·24	—	—		2·50	2·43	4·84		0·96 + 2·57					—	—	0·07	—	—	—	1·15	—	6·99	100·00	161383
7	1·06	—	—		2·73	4·64	9·47		2·17 + 3·13					—	—	0·11	—	—	—	1·62	—	12·25	100·00	468776 [3])
									Herzkrankheiten															
5	2·47	—	—	—	2·69 [7])	—	15·02 [7a])	1·16 [8])	4·50				0·53 [9])	—	3·02	—	1·42	1·28	1·80	—	9·05 [10])	100·00	30222
2	1·44	—	—	—	3·64	—	21·11	1·12	9·84				1·45	—	4·62	—	1·04	3·36	2·51	-	12·54	100·00	42900
5	0·54	—	—		6·06	—	14·92	0·57	15·25				2·71	—	6·90	—	0·50	1·44	1·97	—	11·47	100·00	87534
0	0·28	—	—	—	6·82	—	8·24	0·18	9·77				3·02	—	5·95	—	0·16	0·34	0·86	—	7·54	100·00	21334
																								181990

henfolge der Altersgruppen: 2·51, 2·06, 0·82, 0·30. — [4]) Darunter Tuberkulose anderer Organe als der Lunge, in der [9]) Darunter Pellagra (Verletzung durch chemische Noxen, chron. Vergiftung.): 0·30, 1·33, 1·65, 0·34. — [7]) Krankheiten ten der Arterien. — [10]) Darunter Anämie, Chlorosis und Leukämie: 1·45, 1·96, . . . und Gastritis: 0·41, 0·58, 0·63, imischer Brechdurchfall. — [15]) Nicht angegebene und unbekannte Todesursachen. — [16]) Aus der preußischen Statistik:

freundliche Entgegenkommen der Generaldirektion der I. österreichischen Unfall-Versicherungsgesellschaft mitgeteilt worden sind. Sie werden ein Anreiz sein, auch für den Arzt selbst, diese Gefahr und ihre Folgen möglichst zu mildern. Auch in bezug auf die soziale Fürsorge soll diese kleine Zusammenstellung ein Stimulans sein. Es wird zeitgemäß sein, die dem Arzt durch die lokale und unmittelbare Wundinfektion drohende Gefahr festzustellen, und diese Frage durch gemeinsames Vorgehen der Assekuranzgesellschaft und der Ärzte in befriedigender Weise zu lösen.

Verzeichnis einiger interessanter zur Anmeldung gelangter Berufsunfälle von Ärzten.

Unfallhergang	Art der Erkrankung	Unfallsfolgen (Vorübergehende Berufsstörung)
Zahnarzt L. L. zog sich bei Extraktion eines festsitzenden Mahlzahnes, die nur mit großem Kraftaufwand möglich war, eine	Sehnenzerrung im rechten Ellenbogengelenke zu.	3 Monate
Sekundararzt L. G. verletzte sich nach einer Plombierung beim Abtrocknen der Hände durch einen auf das Handtuch gefallenen Splitter eines Glasfläschchens.	Eindringen eines Glassplitters in den linken kleinen Finger.	5 Wochen
Dem Primararzte J. B. floß beim Ausprobieren eines Inhalationsapparates siedendes Wasser auf die rechte Hand.	Verbrühung des 2., 3. und 4. Fingers der rechten Hand.	17 Tage
Primararzt D. H. wusch eine Blase mittels eines Glasröhrchens aus, wobei letzteres zerbrach.	Schnittwunde und Eindringen eines Fremdkörpers in den linken Zeigefinger.	2 Monate
Primararzt J. B. schnitt sich beim Reinigen eines Instrumentes in den linken Unterarm.	Phlegmonöse Schwellung des linken Armes.	17 Tage
Distriktsarzt J. K. glitt beim Herablangen eines Gefäßes aus dem obersten Regalenfache der Hausapotheke aus und schlug sich das linke Bein an einer Stuhlkante an.	Zellgewebsentzündung und Schwellung der linken Wade.	23 Tage
Primararzt J. O. wurde bei Assistenzleistung gelegentlich der Operation eines fieberhaften Iliacalabszesses durch eine Troiquartsspitze in den Knöchel des linken Mittelfingers gestochen.	Entzündliche Schwellung der linken Hand.	24 Tage
Primararzt E. R. ritzte sich bei einer Operation den kleinen Finger der rechten Hand an einem Knochen.	Nagelbettentzündung (Paronichia) am rechten kleinen Finger.	mehrere Wochen
Primararzt M. L. verletzte sich gelegentlich einer Zangenoperation am rechten Mittelfinger.	Blasenbildung am rechten Mittelfinger zufolge Infektion.	2 Wochen

Unfallhergang	Art der Erkrankung	Unfallsfolgen (Vorübergehende Berufsstörung)
Primararzt W. S. wurde beim Versuche, eine Magensonde einzuführen, von der Patientin in den rechten Zeigefinger gebissen.	Bißwunde mit Schwellung am Mittelgelenke des rechten Zeigefingers.	11 Tage
Primararzt O. P. ritzte sich beim Ausdrücken eines Abszesses die rechte Hand an dem mit der linken gehaltenen Operationsmesser.	Phlegmonöse Schwellung des rechten Handrückens.	12 Tage
Komitats-Physikus M. L. verletzte sich an der Spitze eines Bistouris.	Schnittwunde und eitrige Entzündung an der Kuppe des rechten Zeigefingers.	14 Tage
Dem zahnärztlichen Assistenten A. M. fiel beim Brennen von Porzellanfüllungen ein glühender Platintiegel auf die linke Hand.	Brandwunden dritten Grades an der linken Hand.	3 Wochen
Primararzt E. P. wurde beim Zahnziehen von dem Patienten (einem 4- bis 5-jährigen Kinde) gebissen.	Bißwunde an der linken Hand.	3 Wochen
Regimentsarzt C. D. vollführte nach einer Operation bei eitriger Blinddarmentzündung die Bauchnaht, als plötzlich der narkotisierte Patient erwachte; infolge der Bewegung glitt die nähende rechte Hand des Versicherten ab, so daß er sich mit der Nadel in den linken Zeigefinger stach.	Stichwunde und Infektion am linken Zeigefinger.	12 Tage
Spitalsarzt J. A. stach sich bei einer Operation mit der Spitze eines Instrumentes in den kleinen Finger.	Infizierte Stichwunde am linken Kleinfinger.	16 Tage
Arzt D. G. rieb sich beim Reinigen der Hände mittels einer scharfen Bürste vor einer Entbindung auf und infizierte sich, da die Bürste kurz vorher zum Reinigen des Operationsfeldes behufs Schneiden von Pusteln gedient hatte.	Drei Kratzwunden, beziehungsweise Pusteln am rechten Arm.	4 Wochen
Regimentsarzt G. N. schürfte sich beim Ergreifen der Schmierseife, die in einem an einer Stelle gebrochenen Gefäße lag, behufs Reinigung nach einer Operation den linken Vorderarm auf.	Abschürfung am linken Unterarm mit nachfolgender Phlegmone.	16 Tage
Primararzt W. Z. v. Z. ritzte sich beim Öffnen eines Abszesses am linken Zeigefinger.	Phlegmone am linken Zeigefinger.	23 Tage
Spitalsarzt B. F. quetschte sich beim Heben der Tafel eines Operationstisches den rechten Mittelfinger ein.	Schwellung und Abschürfungen am dritten Gliede des linken Mittelfingers.	30 Tage

Unfallhergang	Art der Erkrankung	Unfallsfolgen (Vorübergehende Berufsstörung)
Irrenarzt J. M. öffnete ein Gefäß (Phiole), wobei die obere Platte des Deckels (Metall) absprang und den rechten Zeigefinger des Versicherten verletzte.	Schnittwunde am rechten Zeigefinger.	10 Tage
Primararzt L. S. verletzte sich vor Inangriffnahme einer Operation beim Nagelputzen mit der Nagelfeile am linken Mittelfinger.	Infizierte Stichwunde am Nagelgliede des linken Mittelfingers.	14 Tage
Primararzt G. R. verletzte sich beim Öffnen eines Instrumentenkastens.	Schnittwunde mit konsekutiver Beinhautentzündung, Lymphangoitis am rechten Zeigefinger.	16 Tage
Regimentsarzt K. D. verletzte sich bei Operation einer eitrigen Mastdarmentzündung, wodurch der rechte Zeigefinger infiziert wurde.	Infizierte Schnittwunde am Nagelgliede des rechten Zeigefingers.	1 Monat
Primararzt S. G. verletzte sich gelegentlich einer gerichtsärztlichen Obduktion beim Öffnen des Schädels mit der Säge am linken Arm.	Abschürfung und Infektion (Blasenbildung) am linken Vorderarm.	15 Tage
Klinikassistent G. B. wurde von einer tobsüchtigen Patientin mit einem Sessel attakiert, wobei der parierende rechte Arm verletzt wurde.	Kontusion des rechten Armes.	10 Tage
Primararzt H. Sch. stach sich nach Eröffnung eines Beckenabszesses beim Einspritzen mittels Schleichscher Lösung mit der Kanüle eines Bistouris in den rechten Zeigefinger.	Stichwunde mit Infektion an der Beugeseite des rechten Zeigefingers.	4 Wochen
Primararzt J. G. reinigte ein Bistouri, wobei ihm die Spitze des Instrumentes in den Nagelfalz des linken Daumens drang.	Stichwunde am linken Daumen.	3 Wochen
Dem Primararzte E. P. floß bei der Inzision eines Abszesses Eiter über die Hände, an denen er Exkoriationen hatte.	Dermatitis an beiden Händen und im Gesichte.	2 Wochen
Primararzt G. v. A. drückte den Kork stark in eine Medizinflasche hinein, wobei letztere zersprang.	Schnittwunde am rechten Zeigefinger.	12 Tage
Primararzt W. W. verletzte sich beim Öffnen einer Lade mit dem mit syphilitischem Virus behafteten Ring am vierten Finger der rechten Hand.	Tiefe Rißwunde am rechten vierten Finger mit nachfolgender syphilitischer Infektion.	Bleibende Invalidität.

Unfallhergang	Art der Erkrankung	Unfallsfolgen (Vorübergehende Berufsstörung)
Distriktsarzt M. Sch. zog sich anläßlich der Amputation eines bereits septisch infizierten Oberarmes eine Infektion am rechten Zeigefinger zu.	Schnittwunde und Infektion am rechten Zeigefinger.	5 Monate vorübergehende Berufsstörung und bleibende Beweglichkeitseinschränkung des rechten Zeigefingers.
Primararzt E. R. stieß sich beim Versuche, eine Drahtsonde gerade zu biegen, die Spitze derselben ins linke Auge.	Stichverletzung des linken Auges.	Operative Entfernung des linken Auges.
Kreisarzt M. W. stürzte auf dem Wege zu einem Patienten auf dem rutschigen Boden aus und brach sich die linke Hand.	Bruch des linken Spindelknochens, der mit einer Verschiebung der Bruchstücke und übermäßiger Callusbildung heilte.	3 Monate vorübergehende Berufsstörung und dauernde Beweglichkeitseinschränkung

2. Militärärzte.

Das k. und k. österreichische Kriegsministerium stellte uns mit großer Bereitwilligkeit eine Tabelle über die in der gemeinsamen Armee verstorbenen Militärärzte in den Jahren 1894 bis 1903 bei, welche nachstehend zum Abdruck kommt.[1]) Es geht daraus hervor, daß die Durchschnittssterblichkeit bei der Durchschnittszahl von 1114 Ärzten nur 0·61 betrug.

Diese niedrige Sterbeziffer zusammen mit dem gefundenen Durchschnittsalter **47·86** deutet darauf hin, daß der Gesamtstand der Militärärzte aus jüngeren Männern zusammengestellt ist. Was die Todesursachen anbetrifft, so verweisen wir auf nachstehende Ziffern:

Herz- und Gefäßkrankheiten (13 Fälle)	19·12 Prozent
Tuberkulose (11 Fälle)	16·18 „
Selbstmord und Verunglückung (10 Fälle)	14·71 „
Zusammen . . .	50·01 Prozent
Sterbeziffer 1894 bis 1903	680 : 1114 = 0·61

Es ist hierbei zu bemerken, daß die Tuberkulose stärker wie bei den Zivilärzten vertreten ist, was wieder auf das jüngere Alter der Militärärzte hindeutet, denn auch die Zivilärzte starben im jugendlichen Alter stärker an Tuberkulose.

Die Sterblichkeit an Herzkrankheiten ist eine geringere als im Zivil, was auch mit den gesicherten Lebensverhältnissen zusammenhängen dürfte.

[1]) Siehe p. 155.

Auffallend stark ist die Selbstmordfrequenz, die auch von früheren Autoren hervorgehoben wurde.

Selbst wenn wir von den ausgewiesenen Selbstmorden und Verunglückungen nur 5 Fälle, d. h. 7·35 Prozent auf Konto des Selbstmordes stellen, so ist die Sterblichkeit noch immer weitaus größer als bei den Zivilärzten und ebenso in der Bevölkerung.

Auf 1000 der Bevölkerung kamen durchschnittlich jährlich Selbstmorde:

In	1865—1869	1880—1886	1887—1893	1894—1898
Italien	0·028	0·047	0·054	0·063
Österreich	0·071	0·164	0·161	0·164
Preußen	0·139	0·200	0·200	0·200
Königreich Sachsen	0·297	0·375	0·324	0·307
Schweden	0·083	0·098	0·125	0·159
Norwegen	0·077	0·067	0·064	0·060
England—Wales	0·067	0·076	0·082	0·092
Irland	0·015	0·022	0·025	0·031

Dagegen kommen auf 1000 Militärärzte jährlich 0·449 Selbstmorde.

Es sei an dieser Stelle gestattet, auch die Selbstmordverhältnisse in Japan zu erwähnen.[1]) Es kamen im Durchschnitte der Jahre 1899 bis 1900 auf 1000 lebende Männer 0·154, auf 1000 lebende Frauen 0·081, zusammen 0·118 Fälle von Selbstmord.

Auf 100 Verstorbene berechnet, endeten Männer 1899/1900 in Japan durch Selbstmord

im Alter von	Prozent
über 20—30 Jahren	2·91
„ 30—40 „	2·20
„ 40—50 „	1·78
„ 50—60 „	1·28
„ 60—70 „	0·82
„ 70 „	0·46
Männer über 20 Jahre	**1·29**

Die Todesursachentabellen der Männer in Österreich, Preußen und der Schweiz weisen diesbezüglich bedeutend größere Zahlen auf. Auch sei es bemerkt, daß die Sterbeziffer für über 20 Jahre alte Männer in Japan kleiner ist (2·08 Prozent) als die Österreichs, Preußens und der Schweiz. Damit ist die Behauptung, Japan sei das Land, wo relativ die meisten Selbstmorde vorkommen, widerlegt.

3. K. u. k. Marine.

Zu der uns ebenfalls mit großer Bereitwilligkeit zur Disposition gestellten Sterbeliste der k. und k. Kriegsmarine bemerken wir, daß bei einem

[1]) Resumé statistique de l'empire du Japon 17. et 18. année. 1903 et 1904.

Stande von 62 aktiv dienenden Marineärzten innerhalb 10 Jahren im ganzen 3 Ärzte gestorben sind. Die Sterblichkeit war somit eine geringe und die Verhältnisse sind daher als sehr günstig zu bezeichnen.

Übersicht der in den Jahren 1894 bis 1903 eines natürlichen Todes verstorbenen Militärärzte des Aktivstandes.

Jahr	Lebensalter am Todestage	Todesursache
1894	69	Darmverschluß
	64	Lungenemphysem
	55	Hirnhautentzündg.
	54	Hirnblutschlag
	53	Fettherz
	52	chronischer Magenkatarrh
	50	Lungentuberkulose
	49	Lungenentzündung
	47	„
	43	Hirnblutschlag
1895	56	Herzklappenfehler
	53	Hirnhautentzündg.
	53	Krebs
	47	Lungentuberkulose
	43	Nierenentzündung
	41	Brustfellentzündg.
1896	52	Nierenentzündung
	51	Fettherz
	42	Herzklappenfehler
	39	Paralyse
1897	57	Herzklappenfehler
	54	Knochenfraß
	53	Lungentuberkulose
	52	Vergiftung
	52	Krebs
	50	Tuberkulose
	50	Morphinismus
	45	Fettherz
	37	Magengeschwür
1899	60	Lungenentzündg.
	57	Hirnhautentzündg.
	50	Bauchfellentzündg.
	48	Hirnhautentzündg.
	42	Lungenentzündung
	35	Nierenentzündung
	29	Darmtyphus
	28	Rippenfellentzündg.
1899	62	Hirnblutschlag
	58	Lebercirrhose
	52	Krebs
	34	Lungentuberkulose
	30	Darmtyphus
1900	60	Fettherz
	57	Lungentuberkulose
	39	Schrumpfniere
	37	Lungentuberkulose
1901	59	Rotlauf
	57	Fettherz
	46	Influenza
	33	Lungentuberkulose
	27	„
1902	37	Herzklappenfehler
	35	Darmverschluß
	32	Lungentuberkulose
1903	57	Brightsche Niere
	51	Hirnblutschlag
	39	Magengeschwür
	33	Zuckerharnruhr

Zusammen 58 Sterbefälle, dazu kamen 10 Fälle an Selbstmord oder Verunglückungen, im ganzen 68 Personen.

B. Mortalität und Morbidität der Krankenpfleger und -Pflegerinnen in Österreich und Deutschland.

I. Die Barmherzigen Brüder in Österreich und Deutschland.

Mortalität.

Das 20. bis 50. Lebensjahr ist mit 82·60 Prozent der Mitglieder besetzt gewesen, während in Wien nur 79·63, in Österreich nur 72·81 Prozent, der über 20jährigen Männer im Alter bis 50 Jahren standen; daher überwiegen die jüngeren Barmherzigen Brüder im Verhältnis zur männlichen Bevölkerung.

Altersaufbau der lebenden Barmherzigen Brüder der österr.-böhm. Ordensprovinz in Wien.

Tabelle 1.

Es standen im Jahre 1903 im Alter von	Prozente	
über 16—20 Jahren	8·69	
„ 20—30 „	39·13	82·60
„ 30—40 „	22·61	
„ 40—50 „	12·17	
„ 50—60 „	9·57	
„ 60—70 „	3·92	17·40
„ 70 „	3·91	
	100·00	

Zahl der Brüder 230.

Die Sterbeziffer.

Wegen des Übergewichtes der jüngeren Kräfte sollte die Gesamtsterblichkeit der Barmherzigen Brüder kleiner sein als die der erwachsenen männlichen Bevölkerung; denn wir wissen, daß die Mortalität, abgesehen von den Kindern, mit jedem Lebensjahre wächst (Tabelle 7 auf S. 160), und je mehr daher in einer Menschengruppe die jüngeren Jahre vertreten sind, desto kleiner die Sterblichkeit ausfällt.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Barmherzigen Brüder in Wien.

Tabelle 2.

	In den Jahren	Stand zu Anfang des Jahres	Zugang +	Abgang —	Differenz +	Sterbefälle	Stand zu Ende des Jahres	Sterbeziffer in Prozenten
Durchschnitt	1851—1860	265·3	7·1			8·4	264·0	3·12
		272·4				272·4		
Durchschnitt	1861—1870	256·8	9·0			8·3	257·5	3·18
		265·8				265·8		
Durchschnitt	1871—1880	251·1	5·0			7·2	248·9	2·84
		256·1				256·1		
Durchschnitt	1881—1890	237·5	6·6			7·0	237·1	2·91
		244·1				244·1		
Durchschnitt	1891—1900	233·3	5·5			6·3	232·5	2·67
		238·8				238·8		
Durchschnitt	1901—1903	230·0	7·0			6·0	231·0	2·57
		237·0				237·0		

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Barmherzigen Brüder in Graz.

Tabelle 3.

	In den Jahren	Stand zu Anfang des Jahres	Zugang +	Abgang —	Differenz +	Sterbefälle	Stand zu Ende des Jahres	Sterbeziffer in Prozenten
Durchschnitt	1898—1903	50·33	1·67			2·00	50·00	3·91
		52·00				52·00		

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Barmherzigen Brüder in Neuburg.

Tabelle 4.

	In den Jahren	Stand zu Anfang des Jahres	Zugang +	Abgang —	Differenz +	Sterbefälle	Stand zu Ende des Jahres	Sterbeziffer in Prozenten
Durchschnitt	1894—1903	217·10	3·00			3·40	216·70	1·57
		220·10				220·10		

Aus der Sterbeziffertabelle geht aber die bedeutend größere Sterblichkeit der Barmherzigen Brüder hervor. Das Durchschnittsalter der lebenden Barmherzigen Brüder in Wien war Mitte 1903 35 Jahre. Die Mortalität derselben sollte daher unter normalen Verhältnissen 1·12 sein, wie die der Männer Wiens im Alter von 30 bis 40 Jahren, sie war aber in den Jahren 1891 bis 1900 2·67 Prozent, über zweimal so groß.

Noch größer ist die Mortalität der Barmherzigen Brüder in Graz 3·91; während die Sterblichkeit der Barmherzigen Brüder in Neuburg sich ziemlich im Niveau des Normalen hält.

Über die mit den Ärzten Österreichs in Vergleich gezogene Mortalität der Barmherzigen Brüder, sowie über die bezüglich der sonderbaren Gruppierung der Todesursachen bei letzteren gemachten Bemerkungen verweisen wir auf das Kapitel Ärzte, Seite 115.

Die Todesursachen.

Die Tuberkulose verursacht 37·08, die Sterblichkeit an Herz- und Gefäßkrankheiten 17·08, die an Altersschwäche 15·42 und die an Infektionskrankheiten 7·92 Prozent der Todesursachen. (Siehe Tabelle 5.)

Daß die Barmherzigen Brüder mehr der Tuberkulose erliegen als die Ärzte, erklärt sich nur teilweise aus der Altersverteilung beider Berufe; das Durchschnittsalter der lebenden Ärzte Wiens dürfte kaum 40 Jahre sein, also um 5 Jahre höher als das der Barmherzigen Brüder Wiens, und trotzdem sterben die ersteren nur in 7·48 Prozent, die letzteren aber in **33·94** Prozent der Fälle an Tuberkulose.

Tabelle 5.

Barmherzig

Es starben an: (in absoluten Zahlen)	in den Jahren	Fleckityphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche	
1. Barmherzige Brüder der österreichisch-böhmischen Ordensprovinz in Wien	1851—1902	19	.	.	8[1])	9	131	.	19	.	.	.	63	
2. Barmherzige Brüder in Graz	1850—1903	1	.	.	.	.	32	.	1	.	1	.	6	
3. Barmherzige Brüder in Neuburg	1894—1903	1	.	.	.	.	14	.	3	.	.	.	5	
4. Barmherzige Brüder in Breslau	1898—1902	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	
Zusammen . . .		21	.	.	8	9	178	.	24	.	1	.	74	1
(in relativen Zahlen)														
1. Barmherzige Brüder der österreichisch-böhmischen Ordensprovinz in Wien	1851—1902	4·92	.	.	2·07	2·33	33·94	.	4·92	.	.	.	16·32	0·2
2. Barmherzige Brüder in Graz	1850—1903	1·79	.	.	.	.	57·14	.	1·79	.	1·79	.	10·71	
3. Barmherzige Brüder in Neuburg	1894—1903	2·94	.	.	.	.	41·18	.	8·82	.	.	.	14·71	
4. Barmherzige Brüder in Breslau	1898—1902	.	.	.	.	.	25·00	.	25·00	.	.	.	.	
Zusammen . . .		4·37	.	.	1·67	1·88	37·08	.	5·00	.	0·21	.	15·42	0·2
		7·92												
		45·00											15·63	

[1]) Darunter 7 Fälle von Cholera. — [2]) Je zweimal perniciöse Anämie, Anämie, Magengeschwür und je ei

Brüder.

Gehirnerweichung	Entzündung d. Gehirns und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nichtnäherbezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen
36	11	2	2	1	.	3	15	4	.	.	17	3	9	5	.	1	2	2	4	9	1	9 [2]	386
2	.	1	.	.	1	.	1				4	.	.	.	.	2	.	2	.		.	2 [3]	56
4	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2 [4]	34
		.	.	.		1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
42	11	3	2	1	1	5	18	4	.		23	3	9	5	.	3	2	5	4	9	1	13	480
9·32	2·85	0·52	0·52	0·26		0·78	3·88	1·04	.	.	4·40	0·78	2·33	1·30	.	0·26	0·52	0·52	1·04	2·33	0·26	2·33	100·00
											8·81												
3·57	.	1·79	.	.	1·79	.	1·79	.	.	.	7·14	.	.	.	.	3·57	.	3·57	.	.	.	3·57	100·00
1·77	.	.	.	.	.	2·94	5·88	.	.	.	2·94	.	.	.	.	.	.	2·94	.	.	.	5·88	100·00
.	.	.	.	.	.	25·00	.	.	.	.	25·00	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	100·00
8·75	2·29	0·62	0·42	0·21	0·21	1·04	3·75	0·83	.	.	4·79	0·62	1·88	1·04	.	0·62	0·42	1·04	0·83	1·88	0·21	2·71	100·00
	3·54										7·29												
	12·29					5·83					8·33					2·91				2·09			

Gehirnschl. 8·75

Herz- und Gefäßkrkh. 17·08

mal fett. Leberentartung, Adipositas, Hydrothorax. — [3]) Magengeschwür. [4]) Gelbsucht und Anämie.

Tabelle 6.

Es starben in den Jahren 1896—1900 (in Prozenten der Verstorbenen):

Männer im Alter von	in Wien an		in Niederösterreich[1]) an		in ganz Österreich an	
	Tuberk.	anderen Krankh.	Tuberk.	anderen Krankh.	Tuberk.	anderen Krankh.
über 20—30 J.	**58·16**	41·84	**54·30**	45·70	**49·55**	50·45
„ 30—40 „	54·63	45·37	44·02	55·98	42·54	57·46
„ 40—50 „	37·74	62·26	31·98	68·02	32·13	67·87
„ 50—60 „	24·32	75·68	22·14	77·86	21·80	78·20
„ 60—70 „	14·00	86·00	12·70	87·30	11·79	88·21
„ 70 „	5·04	94·96	3·61	96·39	2·87	97·13
Männer üb. 20 J.	**30·85**	69·15	**19·63**	80·37	**20·72**	79·28

Tabelle 7.

Sterbeziffer im Jahre 1900.

(Von 100 anfangs des Jahres Lebenden starben im Laufe des Jahres)

Männer im Alter von	in Wien	in Niederösterr.[1])	in ganz Österreich
über 20—30 J.	0·75	0·62	0·77
„ 30—40 „	1·12	0·87	0·93
„ 40—50 „	1·91	1·28	1·45
„ 50—60 „	3·11	2·32	2·58
„ 60—70 „	5·83	4·45	5·30
„ 70 „	14·91	15·21	15·51

Es starben:

Tabelle 8.

Barmherzige Brüder in	an Tuberkulose	an anderen Krankheiten	Sterbeziffer
Wien	33·94	66·06	2·67
Graz	57·14	42·86	3·91
Neuburg	41·18	58·82	1·57
Breslau	25·00	75·00	.
Zusammen . .	37·08	62·92	

[1]) Mit Ausschluß von Wien.

Von den über 20 Jahre alten 1896 bis 1900 verstorbenen Männern Wiens waren unter je 100 Gestorbenen 30·85 ein Opfer der Tuberkulose. Halten wir uns nun gegenwärtig, daß unter den Barmherzigen Brüdern mehr jüngere Personen leben als unter der Bevölkerung, so finden wir, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose bei ersteren größer als bei letzteren ausfallen müßte, denn je mehr die jüngeren Jahre unter Erwachsenen vertreten sind, desto mehr Tuberkulosefälle sehen wir unter 100 Gestorbenen. Und in

der Tat ist auch der Anteil der an Tuberkulose verschiedenen Brüder größer, ungefähr so groß, als es ihrer Altersbesetzung entspricht.

Die Barmherzigen Brüder erliegen daher in ziemlich demselben Verhältnisse dieser Krankheit wie die Bevölkerung, d. h. unter je 100 verstorbenen Brüdern und unter je 100 verstorbenen Männern im selben Alter finden wir in beiden Fällen 34mal die Tuberkulose, als Todesursache, da aber die Barmherzigen Brüder eine doppelte bis dreifache Gesamtmortalität als die Bevölkerung haben, so ergibt sich, daß, während von 1000 Männern 100 sterben, darunter 34 an Tuberkulose, von 1000 Barmherzigen Brüdern mit dem ähnlichen Altersaufbau 200 bis 300 erliegen, darunter 2mal 34 = 68 bis 3mal 34 = 102 den tuberkulösen Erkrankungen.

Die Häufigkeit der Herz- und Gefäßkrankheiten als Todesursachen, berechnet auf je 100 Verstorbene, ist größer unter den Barmherzigen Brüdern als unter der Bevölkerung. Männer im Alter von über 20 Jahren starben in Wien 1896 bis 1900 15·84 pro Hundert der Verstorbenen an Herz- und Gefäßkrankheiten (Tabelle 52 Kap. Ärzte); die Barmherzigen Brüder hingegen in 18·13 Prozent der Fälle. Unter den letzteren überwiegen aber die jüngeren Personen, daher müßte man unter normalen Verhältnissen und unter 100 Toten nicht 18·13, sondern etwa 10 Fälle von Krankheiten des Zirkulationsapparates vorfinden.

In der Zeit als von 1000 Männern 100, darunter 10 an Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße sterben, erliegen unter 1000 Barmherzigen Brüdern 200 bis 300, darunter 2mal 18 = 36 (Wien), respektive 3mal 11 = 33 Personen (Graz) diesen Leiden.

Die Barmherzigen Brüder sterben daher sowohl im Verhältnis der Gestorbenen, als auch im Verhältnis der Lebenden weit mehr als die männliche Bevölkerung gleichen Alters an Herz- und Gefäßkrankheiten.

Nächst den genannten Krankheiten treten noch die Infektionskrankheiten, namentlich der Typhus, durch eine höhere Zahl hervor.

Die Altersschwäche ist auch vermehrt.

Die Barmherzigen Brüder sterben verhältnismäßig wenig an Nierenentzündung, Krankheiten der Harnblase und Diabetes.

Es kam in der ganzen langen Periode der Beobachtung kein einziger Fall von Krankheiten des Geschlechtsapparates und von Selbstmord unter den Barmherzigen Brüdern vor.

Die Veranlassungen der drei häufigsten Todesursachen 1. der Tuberkulose sind: mangelnde prophylaktische Maßregeln, wenig Bewegung und körperliche Übungen im Freien, schlechte Nahrung, 2. der Herz- und Gefäßkrankheiten: Überanstrengung. Bei Vermeidung der Infektionsgefahr (Tuberkulose und Typhus), sowie bei Ertragung der Strapazen tritt dann die dritte häufige Todesursache, die Altersschwäche hervor, denn klein ist die Frequenz der übrigen Todesursachen. Aber zu gewaltig sind die Mühen des Krankenpflegedienstes, als daß die Barmherzigen Brüder selbst bei Tod durch Altersschwäche ein höheres Alter erreichen würden. Wir sahen, wie klein das Durchschnittsalter der an Altersschwäche verstorbenen Brüder ausfiel.

Morbidität.

(Tabellen S. 176 und 182.)

Aus den wenigen, uns zur Verfügung stehenden Daten über die Erkrankungen im Konvente der Barmherzigen Brüder in Graz und Breslau entnehmen wir, daß 35 Prozent der Brüder im Jahre erkranken. Es entfielen auf eine Krankheit durchschnittlich 25·03 Tage. Als häufigste Krankheiten waren der Reihe nach zu verzeichnen:

1. Krankheiten des Magendarmes[1]) mit 28·44 Prozent der Erkrankung.
2. „ der Atmungsorgane[2]) „ 24·17 „ „ „
3. „ durch Infektion[3]) „ 13·26 „ „ „
4. Tuberkulose „ 9·48 „ „ „
5. Neuralgie „ 8·06 „ „ „

Das massenhafte Auftreten der Bronchial- und Magendarmkatarrhe bestätigt unsere Annahme in bezug auf die Gründe für das öftere Vorkommen der Tuberkulose.

II. Die katholischen Barmherzigen Schwestern in Österreich und Deutschland.

Mortalität.

Unter Barmherzigen Schwestern verstehen wir nur solche, die ausschließlich oder zum größten Teile in der Krankenpflege tätig sind. Wir teilten in den Tabellen die Barmherzigen Schwestern, und zwar nur bezüglich der Todesursachen, in zwei große Gruppen ein: Gruppe I, das sind Krankenpflegerinnen, von denen wir genaue Daten auch über Morbidität besitzen; während uns von den Schwestern der Gruppe II nur genaue Daten über Mortalität zur Verfügung standen. Wir führen hier nebenstehend einen Altersaufbau von lebenden Barmherzigen Schwestern, sowie auf Seite 164 einen solchen von verstorbenen Schwestern an, und stellen beide den von Dr. Hohn für die Nancy-Borromäerinnen gefundenen gegenüber.

Altersaufbau der lebenden

Tabelle 1.

Im Alter von	Barmh. Schwestern vom heiligen Kreuz (Böhmen) Ende 1903		Nancy-Trierer Borromäerinnen Anfang 1869[4])	
bis 20 J.	·	77·38	0·95	37·20
über 20—30 „	77·38		36·25	
„ 30—40 „	8·33	14·29	40·52	58·05
„ 40—50 „	5·96		17·53	
„ 50—60 „	8·33	8·33	3·55	4·75
„ 60—70 „	·		0·95	
„ 70 „	·		0·25	·
	100·00		100·00	
Zahl der Schwestern . . .	168		422	

[1]) Meist Magen- und Darmkatarrhe. [2]) Zumeist Bronchialkatarrhe. [3]) Vorwiegend Influenza und Typhus. — [4]) Die Nancy-Trierer Borromäerinnen von W. Hohn 1899.

Altersaufbau der lebenden Frauen

Tabelle 2.

Im Alter von	in Wien Ende 1900		in Niederösterreich (ohne Wien) Ende 1900		in ganz Österreich Ende 1900	
bis 20 J.	.	34·08	.	26·36	.	29·24
über 20—30 „	34·08		26·36		29·24	
„ 30—40 „	23·83	42·32	21·62	40·51	23·27	42·17
„ 40—50 „	18·49		18·89		18·90	
„ 50—60 „	12·82	23·60	15·66	33·13	14·82	28·59
„ 60—70 „	7·32		11·00		9·29	
„ 70 „	3·46		6·47		4·48	
	100·00		100·00		100·00	
Zahl der Frauen . .	548.597		401.134		7,267.054	

Tabelle 3.

Frauen im Alter von	in der Schweiz 1881—1890	
bis 19 J.	.	26·87
über 20—29 „	26·87	
„ 30—39 „	21·74	41·33
„ 40—49 „	19·59	
„ 50—59 „	15·79	31·80
„ 60—69 „	10·76	
„ 70 und mehr „	5·25	
	100·00	
Zahl der Frauen . . .	885.736[1]	

[1]) Mittlere jährliche Bevölkerung.

Tabelle 4.

	In Budapest 1881			
im Alter von	Rentiersfrauen	Handarbeiterinnen	Wäscherinnen	Gärtnerinnen
bis 15 J.	.	10·26	0·26	.
über 15—30 „	7·11	59·52	20·66	25·59
„ 30—50 „	26·55	23·47	57·86	40·29
„ 50 „	65·96	6·69	21·22	34·12
unbek. Alters	0·38	0·06	.	.
	100·00	100·00	100·00	100·00
Zahl der Frauen . . .	1842	6309	2686	211

Die lebenden Barmherzigen Schwestern verteilten sich derart auf die verschiedenen Altersklassen, daß über 90 Prozent von ihnen im Alter von 20 bis 50 Jahren standen; während von den über 20jährigen Frauen nur etwa 70 Prozent auf dasselbe Alter entfiel. Beim Vergleichen der beider-

seitigen Ergebnisse ist daher immer vor Augen zu halten, daß die Schwestern im Durchschnitt jünger sind.

Altersaufbau der **Verstorbenen.**

Tabelle 5.

Im Alter von	Barmh. Schwestern[1]) 1898—1902			Nancy-Trierer Borrom. 1869—1888		
über 20—30 J.	60·00			16·67		
„ 30—40 „	26·00	34·00	94·00	34·44	56·66	73·33
„ 40—50 „	8·00			22·22		
„ 50—60 „	·			15·56		
„ 60—70 „	6·00			7·78	26·67	
„ 70 „	·			3·33		
	100·00			100·00		
Zahl der Gestorbenen . . .	50			180		

[1]) In den Krankenanstalten: Franz Josef-Spital, Elisabeth-Spital und Wilhelminen-Spital in Wien; Allgemeines Krankenhaus in Baden und St. Pölten.

Tabelle 6.

Im Alter von	Frauen in Wien 1900			Frauen in Niederösterr. (ohne Wien) 1900			Frauen in ganz Österreich 1900		
über 20—30 J.	13·86	·		9·49			10·76		
„ 30—40 „	12·81	40·17		8·45	26·69		10·56	31·79	
„ 40—50 „	13·50			8·66			10·47		
„ 50—60 „	16·00			12·76			14·86		
„ 60—70 „	18·15	59·83		20·55	73·40		21·76	68·21	
„ 70 „	25·68			40·09			31·59		
	100·00			100·00			100·00		
Zahl der Gestorbenen . .	9168			8683			158.421		

Tabelle 7.

Im Alter von	Frauen in Preußen 1901			Frauen in Frankreich 1890—1892			Frauen in der Schweiz 1881—1890		
über 20—30 J.	9·50			7·88			9·24		
„ 30—40 „	9·87	29·33		7·86	24·54		9·69	29·75	
„ 40—50 „	9·96			8·80			10·82		
„ 50—60 „	13·90			11·94			15·24		
„ 60—70 „	21·16	70·67		21·33	75·46		23·42	70·25	
„ 70 „	35·61			42·19			31·59		
	100·00			100·00			100·00		
Zahl der Gestorbenen .	162.961			295.139[1])			191.835[1])		

[1]) Jährliche Durchschnittszahl.

Tabelle 8.

Im Alter von	Handarbeiterinnen in Budapest 1886—1890
bis 30 J.	49·76
über 30—50 „	29·85
„ 50 „	20·39
	100·00
Zahl der Gestorbenen . . .	412

Der Altersaufbau der verstorbenen Frauen ist fast umgekehrt als der oben erwähnte Aufbau der Schwestern. Die Frauen in Österreich

im Alter von	lebten	starben
20 bis 50 Jahren	71·41 Prozent	31·79 Prozent
über 50 Jahre	28·59 „	68·21 „
	100·—	100·—

Wie anders und eigentümlich erfolgt die Verteilung der lebenden und verstorbenen katholischen Schwestern auf die verschiedenen Altersstufen:

Barmherzige Schwestern[1])

im Alter von	lebten	starben
20 bis 50 Jahren	91·67 Prozent	94·— Prozent
über 50 Jahre	8·33 „	6·— „
	100·—	100·—

Während erwachsene Frauen mehr im Alter von über 50 Jahren starben, erlagen fast alle beobachteten katholischen Schwestern schon vor dem 50. Lebensjahre.

Den Grund dieser traurigen Eigentümlichkeit der katholischen Krankenpflegerinnen, nicht alt werden zu können, werden wir näher besprechen.

Die Sterbeziffer.

Die Barmherzigen Schwestern hatten eine Gesamtsterblichkeit, die sich zwischen 1·21 Prozent (Franziskanerinnen 1893 bis 1903) und 3·17 Prozent (Dienerinnen des heil. Herzens Jesu 1877 bis 1886) bewegte. (Siehe Tabellen 9 bis 10.)

Von 100 Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren starben jährlich in Wien 0·88, in Niederösterreich 0·86, in Österreich 0·99. (Siehe Tabelle 18.)

Die Krankenpflegerinnen hatten somit durchschnittlich eine zweimal größere Sterblichkeit als die übrigen Frauen mit ungefähr demselben Alter.

Aber auch bezüglich der Sterblichkeit in den verschiedenen Altersstufen weisen die Barmherzigen Schwestern charakteristische Zahlen aus. Während bei der Bevölkerung die Sterbeziffer mit dem Alter immer größer wird, ist dieselbe bei den Schwestern in den verschiedenen Altersklassen

[1]) Obige Zusammenstellung ist mit den Ausführungen auf S. 99 ff. nicht zu vergleichen, da beiden Rubriken kleine Zahlen und verschiedenes Material zugrunde liegen.

fast die gleiche, um 2·0 herum (Tabelle 18 und 21). Dieser Umstand besagt, daß die Mortalität der Schwestern im Verhältnis zur Bevölkerung um so größer ist, je jünger die Schwestern sind.

Bewegung im Stande und Sterbeziffer der Barmherz. Schwestern.[1])

1. Dienerinnen des heiligsten Herzens Jesu.

Tabelle 9.

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang +	Abgang —	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten	
		+					
1877	79	19		4	94	4·52	
1878	94	15		1	108	0·99	
1879	108	25		2	131	1·66	
1880	131	25		3	153	2·09	
1881	153	22		3	172	1·83	3·17
1882	172	19		7	184	3·86	
1883	184	3		8	179	4·31	
1884	179	12		10	181	5·41	
1885	181	8		3	186	1·62	
1886	186	12		8	190	4·17	
1887	190	18		7	201	3·52	
1888	201	9		4	206	1·95	
1889	206	12		5	213	2·36	
1890	213	19		11	221	4·94	
1891	221	33		4	250	1·68	2·45
1892	250	46		2	294	0·73	
1893	294	28		7	315	2·27	
1894	315	52		17	350	4·99	
1895	350	17		6	361	1·67	
1896	361	38		4	395	1·05	
1897	395	48		5	438	1·19	
1898	438	46		9	475	1·95	
1899	475	48		8	515	1·60	
1900	515	34		5	544	0·94	1·62
1901	544	50		14	580	2·46	
1902	580	50		9	621	1·49	
1877—1902	7015	708		166	7557		
Durchschnitt	269·8	27·2		6·4	290·6	2·26	
	297·0			297·0			

[1]) Davon standen 81 Prozent als Krankenpflegerinnen in Verwendung.

2. Franziskanerinnen aus dem Marienhause bei Waldbreitbach.

Tabelle 10.

Im Jahre	Stand zu Anfang	Zugang +	Abgang —	Gestorben	Stand zu Ende	Sterbeziffer in Prozenten
		+				
1893	347	31		4	374	1·10
1894	374	40		6	408	1·52
1895	408	59		6	461	1·37
1896	461	58		7	512	1·43
1897	512	62		7	567	1·29
1898	567	36		6	597	1·03
1899	597	48		8	637	1·29
1900	637	63		8	692	1·20
1901	692	81		13	760	1·77
1902	760	42		7	795	0·90
1903	795	88		6	877	0·72
1893—1903	6150	608		78	6680	
Durchschnitt	559·1	55·3		7·1	607·3	1·21
	614·4			614·4		

Die Todesursachen.

Das Schema auf Tabelle 11 zeigt, daß von 100 Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren 39·65, von 100 Krankenpflegerinnen 66·20 der Tuberkulose erlagen. Da aber die Gesamtsterblichkeit der ersteren 0·97, die der letzteren in den Jahren 1898 bis 1902 1·58 pro hundert und Jahr ausmachte, war die Sterblichkeit an tuberkulösen Erkrankungen bei den Barmherzigen Schwestern nicht $66{\cdot}20 : 39{\cdot}65 = 1{\cdot}67$ so groß, sondern, weil die Gesamtsterblichkeit $1{\cdot}58 : 0{\cdot}97 = 1{\cdot}63$mal größer war. $1{\cdot}63 \times 1{\cdot}67 = 2{\cdot}72$mal so groß als bei den anderen Frauen.

Durch Vergleichung mit den untereinander gestellten Zahlen von Frauen verschiedener Länder und Städte auf Tabelle 12 ergibt sich, daß die Barmherzigen Schwestern nur noch bezüglich der Infektionskrankheiten, namentlich Typhus, eine vermehrte Sterblichkeit aufweisen, sonst aber mit wenigen Ausnahmen eine kleinere Frequenz an allen anderen Todesursachen haben.

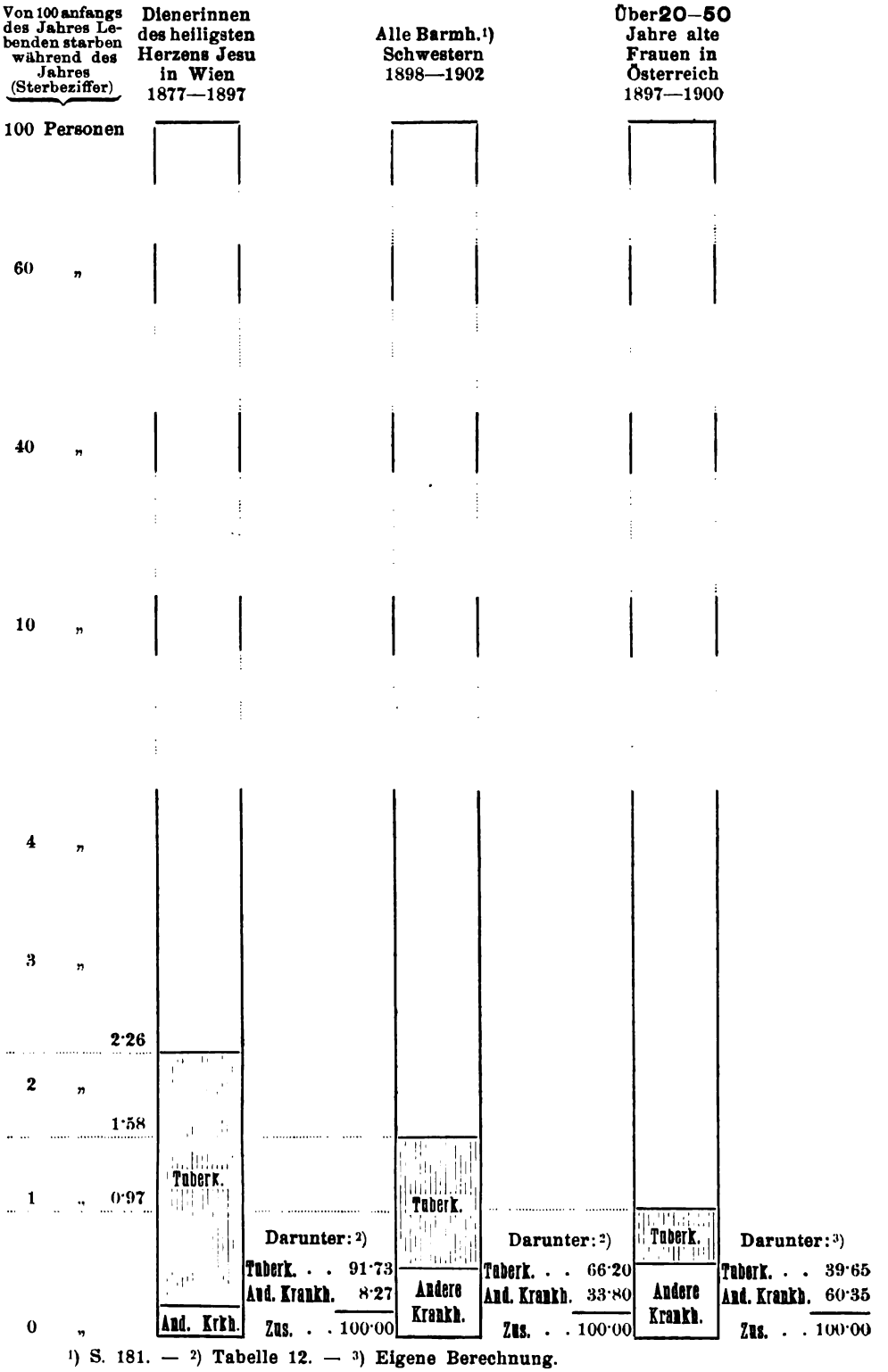
Zu den Ausnahmen gehören z. B. die Handarbeiterinnen in Budapest, welche noch weniger an Altersschwäche und an Gehirnschlagfluß starben und mehr an Typhus als die Barmherzigen Schwestern. Dies darf nicht wundern, denn die Handarbeiterinnen in Budapest hatten einen noch „jüngeren" Altersaufbau als die katholischen Schwestern (Tabelle 4) und die Sterblichkeit an Tuberkulose, anderen Infektionskrankheiten und Krankheiten der Jugend war bei den Handarbeiterinnen sehr groß. Eine zweite Ausnahme bilden die Frauen Preußens, Wiens und Aussigs, welche weniger Prozentsätze von Entzündungen des Gehirns und der Gehirnhäute auswiesen. Darunter sind aber meist „Gehirnhautentzündungen" verstanden, von welchen aus dem Materiale selten zu entnehmen ist, ob sie tuberkulöser oder anderer Natur sind, und wir bei der Bearbeitung solche unbestimmt bezeichnete Todesursachen, um die Sterblichkeit an Tuberkulose nicht zu übertreiben, lieber in die oben erwähnte Kolonne eintrugen. Daraus ersieht man gleichzeitig, daß selbst der Begriff Tuberkulose nicht immer einheitlich ist. Unter den 2605 verstorbenen Schwestern befindet sich kein einziger Fall von Selbstmord, progressiver Paralyse, Tabes, Geschlechtskrankheiten und Krankheiten der Harnblase.

Auf Tabelle 17 bis 21 finden wir, daß bei anderen Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren die Tuberkulose 40 bis über 60 Prozent der Gesamtsterblichkeit ausmacht; die Schwestern zeigen in diesem Alter bei einer vermehrten Gesamtsterblichkeit noch größere Zahlen (über 70 Prozent der Todesfälle). Während aber die Frauen im Lebensjahre 20 bis 30 größere Prozentsätze von an Tuberkulose Gestorbenen ausweisen, als in den Jahren 30 bis 40, verhalten sich die Barmherzigen Schwestern ganz umgekehrt. Bei diesen sind die größten Prozente von Sterbefällen an tuberkulösen Erkrankungen im Alter 30 bis 40 zu verzeichnen.

Die Ursachen der großen Tuberkulosensterblichkeit unter den katholischen Krankenschwestern liegen:

1. in der Aufnahme junger, schwächlicher, oft erblich belasteter Schwestern;

Tabelle 11.



[1]) S. 181. — [2]) Tabelle 12. — [3]) Eigene Berechnung.

2. in ungünstigen Lebensbedingungen;

3. in der Körperhaltung, welche die Tätigkeit der Lungenspitze hemmt; in einer ungünstigen Tracht;

4. namentlich in der aufopfernden anstrengenden Tätigkeit.

Es ist aber von höchstem Interesse, daß leider die Tuberkulosesterblichkeit in den katholischen Orden[1]) keineswegs nur eine Spezialität der Krankenpflegeorden ist, sondern daß dieselbe sich auch in Orden vorfindet, welche andere Berufszweige verfolgen. Zum Beweis hierfür wollen wir einer hochangesehenen, sehr verdienstvollen Kongregation Erwähnung tun, welche in Wien ihren Sitz hat.

Diese Kongregation zählt zirka 700 Schwestern im Alter von 19 bis 69 Jahren. Dieselbe besteht erst seit 35 Jahren, weshalb es sich erklärt, daß sie noch keine Schwester von höherem Alter zählt.

In den letzten 5 Jahren sind gestorben:

1899	7	Schwestern
1900	13	„
1901	10	„
1902	10	„
1903	11	„
	51	Schwestern.

Wovon im Alter von

18 bis 20 Jahren	3	Schwestern
20 „ 30 „	22	„
30 „ 40 „	8	„
40 „ 50 „	12	„
50 „ 57 „	6	„
	51	Schwestern.

Davon gehörten der Kongregation an durch:

25 bis 32 Jahre	8	Schwestern
20 „ 24 „	6	„
15 „ 19 „	7	„
10 „ 14 „	6	„
5 „ 9 „	18	„
1 „ 4 „	6	„
	51	Schwestern.

Davon gestorben an Tuberkulose 38 Schwestern (74·51 Prozent), Herzleiden 3 (5·88 Prozent), verschiedenen einzelnen Krankheiten 10 (19·61 Prozent).

Von den Verstorbenen waren:

3 Schwestern Oberinnen,

19 Schwestern mit Unterricht beschäftigt (Schule, Kindergarten, Handarbeits-, Musik- und Sprachunterricht),

[1]) Unter „Orden" verstehen wir Orden und Kongregationen.

Tabelle 12. **Sterblichkeit der Wärterinnen und der weiblic**

Es starben Krankenpflegerinnen an: (in relativen Zahlen)	in den Jahren	Flecktyphus	Unterleibstyphus	Diphtherie	Influenza	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Wundinf.-Krankh.	Tuberkulose	And. Inf.-Krankh.	Krebs	Sarkom	Verletzungen	Selbstmord	Altersschwäche
1. Kath. Schwestern der Gruppe I.	1898—1902	.	13·64		4·55			77·27	.	.	.	.	.	.
2. „ „ „ „ II.	1898—1902	.	2·40		5·10			65·47[1]	.	2·70	0·30	.	.	2·10
Zusammen . . .								**66·20**						
3. Zivilwärterinnen	1898—1902	.	7·69		15·38			30·77	.	7·69	.	.	.	.
4. Schwestern vom Roten Kreuz	1902	.			.			33·33	.	.	.	.	.	.
5. Diakonissinnen	1898—1902	.	.		6·82			52·27	.	11·36	.	.	.	.
6. Katholische Schwestern	1877—1897	.	2·00		3·97			78·81	.	2·66	.	.	.	0·66
		{Diener. d. heil. Herz. Jesu						91·73						
		{Franziskanerinnen						60·00						
Zusammen . . .		.	3·00		5·10*)			67·48	.	3·34	0·18	.	.	1·41
Cornet' katholische Schwestern †)	1864—1888	8·43			2·66**)			62·89	.	2·38	.	.	.	1·33

Es starben Frauen in	im Alter von	in den Jahren												
1. Österreich	über 20 J.	1896—1900	0·13	1·25		1·37***)			18·05	1·40[10]	6·15		0·73	0·49	—
2. Nied.-Öst. (ohne Wien)	„ 20 „	1896—1900	0·00	0·70		1·03***)			16·93	0·85[10]	8·89		0·88	0·71	—
3. d. preuß. Landgemeind.[21])	„ 20 „	1897—1901	.	0·72		—		—	14·80		4·38	—		0·62	31·39
4. England und Wales[21])	„ 20 „	1901	.	0·01					10·20	.	10·46		1·64	0·46	10·88
5. Wien[19])	„ 20 „	1896—1900	.	0·30		1·42***)			23·95	0·92[10]	11·81		0·69	1·28	—
6. Wien[20])	„ 20 „	1900	.	0·46		1·47***)			24·99	1·22[11]	14·21[14])		0·75	1·30	9·21
7. Triest	V. 21 aufw.	1899—1900				2·55			18·32	.	8·78		0·84	1·59	16·9
8. Aussig	über 20 J.	1899—1900	.	0·31		0·93**)			29·81	1·86[11]	11·18	0·31	0·31	1·24	20·19
9. d. preuß. Stadtgemeind.[21])	„ 20 „	1897—1901	.	0·79		—		—	14·88		9·38	—		0·89	20·18
10. London[21])	„ 20 „	1901	.	0·01					11·86	.	11·32		2·03	0·53	7·72
11. Budapest Frauen	„ 15 „	1874—1890	.	2·50			—		32·90	2·10[15])	—	—	—	—	9·80
12. „ Rentiersfrauen	„ 15 „	1874—1890	—	1·10	—	—	—	—	14·20	0·60[15])	—	—	—	—	23·20
13. „ Handarbeiterin.	„ 15 „	1874—1890	—	3·40	—	—	—	—	51·20	2·00[15])	—	—	—	—	1·40
14. „ Wäscherinnen	„ 15 „	1874—1890	—	1·70	—	—	—	—	31·40	0·60[15])	—	—	—	—	9·10
15. „ Gärtnerinnen	„ 15 „	1874—1890	—	2·60	—	—	—	—	26·90	3·10[15])	—	—	—	—	16·10

[1]) Die Fälle von „Bluthusten aus unbekannter Ursache" zusammen 1·20 Prozent, wurden in dieser Tabelle zur Tul
[4]) Allgemeine und Altersschwäche. — [5]) Krankheiten der Leber. — [9]) Die Fälle von Wassersucht 2·57 Prozent wurden
— [10]) Zoonosen und Kindbettfieber. — [11]) Syphilis und Kindbettfieber. — [12]) Krankheiten der „Gesamtkonstitution"
krankheiten. — [17]) Sonst. Harn- u. Geschlechtskrankheiten. — [18]) „Morbi puerper." — [19]) Österr. Statistik. — [20]) Jahrbuch
*) Mit kruppöser Lungenentzündung und Gelenkrheumatismus. — **) Ohne kruppöse Lungenentzündung und
†) Darunter nur 21 Todesfälle von Barmherzigen Brüdern. — ††) Herzkrankheiten. — †††) Wassersucht. — *†) Da
Anm. Die Quellenangaben befinden sich in den Tabellen des Kapitels IIA.

chsenen Bevölkerung nach Todesursachen.

und seiner Häute	Gehirnerweich. u. progr. Paralyse	Tabes dorsalis	And. Krankh. des Geh. u. Rückenm.	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	Lungenausdehnung	Lungenentzündung	Rippenfellentzündung	Herzbeutelentzündung	Entzündung des Herzfleisches und seiner Innenhäute	Organ. Herzfehler	Entartung d. Herzfleisches	Nicht näher bezeichnete Herzkrankheiten, wie Herzschlag etc.	Krankh. der Blutgefäße	Blinddarmentzündung	Darmkatarrh	Darmverschluß	Bauchfellentzündung	Leberentzündung u. Lebercirrhose	Nierenentzündung	Krankh. der Harnblase	Sonstige Krankh.	Zusammen	Zahl der Gestorb.
						Herzkrankheiten																	
.	.	.	.	.	.	4·54				.				.	.	.	.	.	.	.	.	100·00	
	.	.	.	.	1·80	0·90				6·01				1·20	1·20	.	2·10	.	0·60	.	2·11	100·00	333
.	.	.	.	.	.	.				30·77				.	.	.	.	7·70	.	.	.	100·00	
.	.	.	.	.	.	.				.				.	.	.	.	.	.	.	.	100·00	
	.	.	2·27	.	.	.				6·82				.	.	.	6·82	2·27	.	.	.	100·00	
	.	.	.	.	0·66	1·99				4·64				.	.	.	0·66	.	.	.	1·32	100·00	151
	.	.	0·18	.	1·23	1·23				5·97				0·70	0·70	.	1·93	0·88	0·35	.	1·22	100·00	569
	.	.	0·81	.	.	3·53				6·24				1·29		.	.	0·86	1·00	.	5·62	100·00	2099
																					Zusammen	. . .	2668
	—	—	—	—	—	—	9·61	—		7·22				—	0·07	—	—	—	—	—	49·19	100·00	761512
	—	—	—	—	—	—	6·95	—		11·08				—	0·04	—	—	—	—	—	45·03	100·00	42397
	0·75	—	—							2·58 †) + 5·42 ††)			—	—	.	—	—	—	1·00	—		100·00	465221
	4·38				11·21					15·23			9·34		5·91				3·30	0·25	15·91	100·00	157365
	—	—	—	—	—	—	7·66	—		14·60				—	.	—	—	—	—	—	33·05	100·00	42922
		2·83			—	1·88	9·82			15·45				—	0·42	—	1·43	2·42	2·75	1·07	1·82	100·00	8951
	2·38				16·98					21·87					4·85				3·10		1·76	100·00	2391
	0·31	0·31	.	1·24	.	1·24	4·66	.	.	.	6·83	.	0·93	.	0·62	1·55	1·55	0·31	6·21	0·62	1·58	100·00	322
	1·52	—	—							6·85 ††) + 2·68 †††)			—	—	.	—	—	—	2·48	—		100·00	347793
	3·57				14·32					11·57			8·18		6·46				3·96	0·32		100·00	22269
	4·90				11·30					6·50			2·00		9·00				1·80	8·00	5·30	100·00	46034
	4·60				14·80			—	—	7·40	—	3·90	—		10·30				2·30	5·30	6·40	100·00	2383
	6·30				8·60			—	—	5·70	—	0·60	—		6·70				2·20	5·50	4·20	100·00	1044
	5·20				11·00			—	—	9·00	—	1·40	—		10·40				2·80	8·50	5·60	100·00	634
	4·80				5·60			—	—	3·10	—	5·30	—		9·50				1·10	8·40	8·00	100·00	546

gezählt. — 2) Magengeschwür, „Leberkrankheiten" und unbekannte Ursachen. — 3) Allgemeine Entkräftung. — erzkrankheiten gezählt. — 7) Magendarmkrankheiten. — 8) Nierenkrankheiten. — 9) Darunter 1·52 „Unterleibsleiden". nkheiten der Harnorgane. — 14) Neubildungen überhaupt. — 15) „Entzündungen" der Atmungsorgane. — 16) Gehirn- Wien. — 21) Die Prozente der an einigen anderen Krankheiten Gestorbenen wurden für diese Tab. nicht berechnet. rheumatismus. — ***) Ohne kruppöse Lungenentzündung und ohne Gelenkrheumatismus.
ruch.

Tabelle 13. **Morbidität und Sterbl**

Es erkrankten in den Jahren 1898—1902 an: / starben **Katholische geistliche Wärterinnen** (Gruppe I)	Unterleibstyphus	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Rotlauf	And. Wundinfektionskrankheiten	Puerperale Inf.-Krankheiten	Tuberkulose der Lungen oder and. Organe	Syphilis	Krebs	Andere Neubildungen	Verletzungen	Selbstmord und Selbstmordvers.	Altersschwäche	Harnruhr
1. K. k. Allgemeines Krankenhaus in Wien[1])	1 / 1	4	3	3	.	5	.	.	1	2	.	.	.
2. K. k. Krankenhaus Wieden in Wien	5	4	1	.	.	4 / 3	.	.	.	2	.	.	.
3. K. k. Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien[2])	7 / 1	6	3	2	.	23 / 8	.	.	1	.	.	.	.
4. Rathsches Allg. Krankenhaus in Baden b. Wien	3 / 1	3 / 1	1	2	.	14 / 6	.	.	.	.	.	.	.
Zusammen Gruppe I	16 / 3	17 / 1	8	7	.	46 / 17	.	.	2	4	.	.	.
Zivilwärterinnen													
1. K. k. Allgemeines Krankenhaus in Wien	5 / 1	7[1a]) / 1	2	5 / 1	.	12 / 3	.	2	5	7	2	.	.
2. K. k. Krankenhaus Wieden in Wien	.	2	.	2	.	1	1	.	.	2	.	.	.
3. Landeskrankenanstalt und Landessiechenhaus in Klagenfurt	6	13	2	2	.	3 / 1	.	1 / 1	.	.	.	.	.
Zusammen	11 / 1	22 / 1	4	9 / 1	.	16 / 4	1	3 / 1	5	9	2	.	.
Schwestern vom Roten Kreuz													
24 Verbandsanstalten[3])	12 / 2	104	4	19	.	9 / 2	.	.	.	16	.	.	.
Diakonissinnen													
1. Lutherstift in Frankfurt a. d. Oder	4	36	2	4	.	4 / 1	.	.	.	.	.	.	.
2. Diakonissenanstalt in Speyer a. Rhein	2	3 / 1	.	1	.	10 / 6	.	4 / 2	.	.	.	.	.
3. Diakonissenhaus Leipzig-Lindenau	3	6	.	.	.	3 / 1	.	1	.	.	.	.	.
4. Diakonissenhaus Stuttgart	21	95 / 2	10	43	.	45 / 12	.	5 / 3	.	10	.	.	2
5. Allgemeines Krankenhaus in Hamburg[1])	.	6	.	2	.	.	.	.	.	3	.	.	.
6. Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf	7	52	14	58	.	3	.	.	.	25	.	.	.
7. Evangelische Diakonissenanstalt in Gallneukirchen (Oberösterreich)	2	.	.	.	.	3 / 3	.	.	.	1	.	.	.
Zusammen	39	198 / 3	26	108	.	68 / 23	.	10 / 5	.	39	.	.	2

[1]) Nur dreijährige Dauer der Erhebung. — [1a]) Darunter einmal Pestinfektion. — [2]) Nur vierjährige Da
[3]) Nicht näher bezeichnete Krankheiten und Todesursachen.

t der Wärterinnen.

Krankheiten des Nervensystems	Krankh. d. Auges und des Ohres	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Schilddrüse	Krankheiten d. Herzens und des Herzbeutels	Krankheiten der Blutgefäße	Krankheiten d. Lymphdrüsen und der Milz	Krankh. der Speicheldrüsen, der Mandeln u. des Rachens	Rundes Magengeschwür	Andere Magenkrankheiten	Blinddarmentzündung	Andere Darmkrankheiten[4]	Bruch	Bauchfellentzündung	Katarrhalische Gelbsucht und Gallensteine	Andere Krankheiten der Leber und der Gallenwege	Nierenentzündung und Nierenbeckenentzündung	Krankheiten d. Harnblase u. der Urethra	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	Krankheiten der Haut	Krankheiten des Bewegungsapparates	Sonstige Krankh.	Zusammen
6	4	8	.	.	.	.	.	.	1	2	1	.	.	1	.	.	.	.	.	3	.	51
																						1
1	.	6	.	.	.	.	.	.	2	1	1	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	30
																						3
1	.	3	.	2	.	.	.	2	.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	59
																						9
.	.	3	.	.	.	.	.	1	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	31
		1																				9
8	4	20	.	2	.	.	.	3	4	10	3	.	3	1	.	.	.	.	.	5	1	171
		1																				22
18	8	54	.	8	1	1	20	7	4	2	10	1	2	8	.	7	1	23	6	9	4	242
				2																		8
8	.	.	.	2	.	1	1	.	1	1	.	.	.	1	1	.	.	4	.	.	1	29
				2											1							3
.	.	5	.	.	.	.	2	.	.	.	1	.	.	1	.	1	.	5	.	.	.	42
																						2
26	8	59	.	10	1	2	23	7	5	3	11	1	2	10	1	8	1	32	6	9	5	313
				4											1							13
32	.	44	.	18			65	44								3		13	32[5]	.	12[6]	468
																					2[6]	6
.	.	3	.	.	.	.	6	.	2	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	64
																						1
.	.	1	.	.	.	1	1	.	2	.	2	.	.	1	.	.	.	1	2	2	1	40
																						9
7	1	3	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	2	.	4[6]	33
																						1
30	6	87	4	17	.	.	60	15	11	.	75	1	10	.	3	7	2	17	7	35	4	657
5				3									1		1							27
3	3	22	.	.	2	.	14	.	2	.	1	.	1	.	.	1	.	.	6	3	2	74
84	22	125	.	5	.	.	174	12	10	4	20	6	4	5	.	7	.	6	7	63	15[6]	768
													2									2
2	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	12
1																						4
126	32	244	4	22	2	1	255	27	28	4	102	7	16	7	3	15	2	24	24	103	26	1648
6				3									3		1							44

Erhebung. — [3]) Nur einjährige Dauer der Erhebung. — [4]) Meist Darmkatarrhe. — [5]) Äußere Erkrankungen.

Tabelle 14.

Es erkrankten in den Jahren 1898—1902 an: / starben **Katholische geistliche Wärterinnen** (Gruppe II)	Unterleibstyphus	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Rotlauf	And. Wundinfektionskrankheiten	Puerperale Infektionskrankheiten	Tuberkulose der Lunge oder anderer Organe	Syphilis	Krebs	Andere Neubildungen	Verletzungen	Selbstmord und Selbstmordvers.	Altersschwäche	Harnruhr
I. Wiener Krankenanstalten:													
1. Kaiserin Elisabeth-Spital	.	1	.	.	.	20	.	.	.	.	.	.	.
		1				10							
2. K. k. Kronprinzessin Stephanie-Spital	.	1	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.
3. K. k. Wilhelminen-Spital	2	.	2	.	.	6	.	2	.	.	.	.	.
						6		2					
4. Konvent der Elisabethinerinnen	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	2	.
						2						2	
5. Spital der Barmh. Schwestern in Gumpendorf	.	.	.	.	.		.	.	.	.	.	.	.
						2							
6. K. k. Erzherzogin Sophien-Spital	.	.	12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7. Maria Theresien-Frauen-Hospital	.	.	.	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.
8. Allgemeine Poliklinik	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.
II. Krankenanstalten in Niederösterreich:													
1. Krankenhaus in Wiener-Neustadt	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2. „ „ Eggenburg	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3. „ „ Korneuburg	1	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	1												
4. „ „ Melk	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
		1				1							
5. „ „ Mödling	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
6. „ „ Neunkirchen	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7. „ „ Oberhollabrunn	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.
8. „ „ St. Pölten	.	.	.	.	.	10	.	.	.	.	.	.	.
						5							
9. „ „ Gars	2	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.
						1							
III. Orden u. Kongregationen i. Österreich:													
1. Barmherzige Schwestern vom heiligen Kreuz (Böhmen)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
		1				5							
2. Töchter des göttlichen Heilandes	.	.	.	.	.		.	.	.	.	.	.	.
						30							
3. Dienerinnen des heiligsten Herzens Jesu			.	.	.		.	3	.	.	.	.	.
	3	1				35		3					
4. Barmherzige Schwestern vom heil. Carl Borr.	.		.	.	.		.	.	.	.	.		.
		4				25						4	

[1]) Wanderniere. — [2]) Chronische Nierenentzündung, an welcher „die Schwester bereits seit 15 Jahren laborier

sucht	Krankheiten des Nervensystems	Krankh. des Auges und des Ohres	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Schilddrüse	Krankheiten d. Herzens und des Herzbeutels	Krankheiten der Blutgefäße	Krankheiten d. Lymphdrüsen und der Milz	Krankheiten d. Speicheldrüsen, der Mandeln und des Rachens	Rundes Magengeschwür	Andere Magenkrankheiten	Blinddarmentzündung	Andere Darmkrankheiten[3]	Bruch	Bauchfellentzündung	Katarrhalische Gelbsucht und Gallensteine	Andere Krankheiten der Leber und der Gallenwege	Nierenentzündung und Nierenbeckenentzündung	Krankheiten der Harnblase und der Urethra	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	Krankheiten der Haut	Krankheiten des Bewegungsapparates	Sonstige Krankh.	Zusammen
.	.	.	3	.	2	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	29
.	.	.	3		2				1		1												18
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1[1]	6
.	.	.	1																				1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8
.	.	.	.	.	1																		7
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12
.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	6
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	6
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1[2]	.	.	.	.	.	3
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	30
.	1	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	45
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	
	4		4		4												2						47

[3]) Zumeist Darmkatarrhe.

Tabelle 14 (Fortsetzung).

Es erkrankten in den Jahren 1898—1902 an: / starben	Unterleibstyphus	Andere epid. und end. Inf.-Krankh.	Rotlauf	And. Wundinfektionskrankheiten	Puerperale Infektionskrankheiten	Tuberkulose der Lunge oder anderer Organe	Syphilis	Krebs	Andere Neubildungen	Verletzungen	Selbstmord und Selbstmordvers.	Altersschwäche	Harnruhr	Gicht
IV. Deutschland.														
1. Graue Schwestern in Breslau														
	4	3				72		3					3	
2. Franziskanerinnen aus dem Marienhause														
		6				20		1				1		
3. Vinzentinerinnen in Altona														
									1					
Zusammen 24 Anstalten (Gruppe II)														
	8	17				214		9	1			7	3	
Dienerinnen des heil. Herzens Jesu in Wien in den J. 1877—1897 (zus. 121) u. Franziskanerinnen aus dem Marienhause 1993—1897 (zus. 30)														
	3	6				119[1]		4				1		
Barmherzige Brüder														
1. Graz 1898—1903	4	6	2			18				5				
	1	1				6								
2. Breslau 1898—1902	1	10	1	4		2		1	1	4				
						1		1						
Zusammen	5	16	3	4		20		1	1	9				
	1	1				7		1						
Lungenheilstätten, 21 Anstalten		1				2[3]								

Tabelle 14a.

In Prozenten der Verstorbenen														
Katholische geistliche Wärterinnen (Gruppe I)	9·35	9·95	4·68	4·09		26·90			1·17	2·34				
	13·64	4·55				77·27								
Katholische geistliche Wärterinnen (Gruppe II)														
	2·40	5·10				64·27		2·70	0·30			2·10	0·90	
Zivilwärterinnen	3·51	7·03	1·28	2·88		5·11	0·32	0·96	1·59	2·88	0·64			
	7·69	7·69		7·69		30·77		7·69						
Schwestern vom Roten Kreuz	2·56	22·23	0·85	4·06		1·92				3·42				
	33·33					33·33								
Diakonissinnen	2·37	12·01	1·58	6·55		4·13		0·60		2·37			0·12	0·2
		6·82				52·27		11·36						
Barmherzige Brüder	2·37	7·58	1·42	1·89		9·48		0·47	0·47	4·26				
	6·25	6·25				43·75		6·25						

[1]) Darunter 18 Schwestern aus dem Marienhause. — [2]) Meist Darmkatarrhe. — [3]) Nicht angegebene Todes

Anämie u. Bleichsucht	Krankheiten des Nervensystems	Krankh. des Auges und des Ohres	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Schilddrüse	Krankheiten d. Herzens und des Herzbeutels	Krankheiten der Blutgefäße	Krankheiten d. Lymphdrüsen und der Milz	Krankheiten d. Speicheldrüsen, der Mandeln u. des Rachens	Rundes Magengeschwür	Andere Magenkrankheiten	Blinddarmentzündung	Andere Darmkrankheiten[2]	Bruch	Bauchfellentzündung	Katarrhalische Gelbsucht und Gallensteine	Andere Krankheiten der Leber und d. Gallenwege	Nierenentzündung und Nierenbeckenentzündung	Krankheiten der Harnblase und der Urethra	Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	Krankheiten der Haut	Krankheiten des Bewegungsapparates	Sonstige Krankh.	Zusammen
	7		3		7						3	3	3	4								3	118
	5		2		3							1				3							42
																							1
	17		13		20				1	.	4	4	3	4		3	2					3	333
	4		4		7									1								2	151
1	4	1	26	.	1	.	.	27	.	4	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	3	105
	2				1																	1	12
	18	2	25	.	3	.	.			28			.	.	1	.	.	.	.	2	.	3	106
			1		1																		4
1	22	3	51	.	4	.	.	27	.	4	1	.	.	.	1	1	.	.		2	1	6	211
	2		1		2					+ 28												1	16
.	.	1	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10
4·09	4·68	2·34	11·69	.	1·17	.	.	.	1·75	2·34	5·85	1·75	.	1·75	0·58	.	.	.	.	.	2·92	0·58	100·00
			4·54																				100·00
	5·11		3·90[4]		6·01				0·30		1·20	1·20	0·90	1·20		0·90	0·60					0·90	100·00
0·32	8·30	2·56	18·85	.	3·19	0·32	0·64	7·35	2·23	1·60	0·96	3·51	0·32	0·64	3·20	0·32	2·56	0·32	10·22	1·92	2·87	1·60	100·00
					30·77											7·70							100·00
8·76	6·84	.	9·40	.	3·85			13·89				9·40					0·64		2·78	6·84	.	2·56[3]	100·00
																						33·34	100·00
4·84	7·64	1·94	14·81	0·24	1·34	0·12	0·06	15·47	1·64	1·70	0·24	6·19	0·42	0·97	0·43	0·18	0·91	0·12	1·46	1·46	6·25	1·58	100·00
	13·64				6·82									6·82		2·27							100·00
0·47	10·42	1·42	24·17	.	1·89	.	.			28·44			.	.	0·47	0·47	.	.	.	0·94	0·47	2·84	100·00
	12·50		6·25		12·50																	6·25	100·00

ursachen. — [4]) Davon 1·20 Bluthusten aus unbekannter Ursache. — [3]) Siehe Anmerkung 1, Seite 181.

8 Schwestern bei den dienstsuchenden Mädchen zur Aufsicht und nebenbei mit Handarbeiten beschäftigt,

5 Schwestern mit Sammlung von Spenden für die armen Pfleglinge betraut,

4 Schwestern bei der Ökonomie beschäftigt,

12 Schwestern bei häuslichen Arbeiten tätig.

Zu bemerken ist, daß die Krankenpflege nicht zu den Zwecken der Kongregation gehört, doch sind die Schwestern, namentlich die beim Unterrichte beschäftigten, ziemlich angestrengt.

Morbidität der katholischen Barmherzigen Schwestern.

Auf je 100 Schwestern kamen jährlich 15·28 Erkrankungen mit je 39·4 Krankheitstagen vor (Tabelle 15). Vorwiegend traten folgende Krankheiten auf:

Infektionskrankheiten mit 28·07 Prozent (besonders Typhus, Gelenkrheumatismus und Rotlauf),

Tuberkulose mit 26·90 Prozent,

Magen-Darmkrankheiten mit 14·02 Prozent (besonders Blinddarmentzündung),

Krankheiten der Atmungsorgane mit 11·69 Prozent (namentlich Lungen-Brustfellentzündung).

Tuberkulose und andere Infektionen sind somit nicht nur die häufigsten Todes-, sondern auch die häufigsten Krankheitsursachen der Barmherzigen Schwestern im Krankenpflegedienste. (Siehe Tabelle 14a.)

III. Mortalität und Morbidität der evangelischen Diakonissinnen, der Schwestern vom Roten Kreuz und der übrigen weltlichen Krankenwärterinnen.

Mortalität.

Die Gesamtsterblichkeit fiel bei allen diesen Krankenpflegerinnen klein aus. Dies erklärt sich dadurch, daß diesen Pflegerinnen freisteht, zu jeder Zeit aus dem Krankendienste zu scheiden. Wir nehmen an, daß viele davon bei schweren Erkrankungen lieber in häuslicher Pflege verbleiben und sich so der Kontrolle der Spitalsleitungen, denen wir unsere Grundzahlen verdanken, entziehen. (Siehe Tabelle 15.)

Die Todesursachen. Unter den Diakonissinnen und den Zivilwärterinnen sind in der Periode der Beobachtung nur wenige Todesfälle vorgekommen; aber schon aus diesen kleinen Zahlen ist ein ganz anderes Bild ersichtlich, als bei den katholischen geistlichen Pflegerinnen. Mehr in Vordergrund treten: Krebs, Herzkrankheiten, Bauchfellentzündung und Leberkrankheiten (Tabelle 12).

Die weltlichen, nichtorganisierten Zivilwärterinnen erliegen vielfach der Infektion, aber auch den Herz- und Leberleiden. Während die Barmherzigen Schwestern in der Religion Trost suchen für die Anstrengungen

elle 15.

	Kranken-anstalt	Durchschnittl. jährlicher Stand der Krankenpflegerinnen†	Es erkrankten durchschnittlich jährlich in absoluten Zahlen: überhaupt	an Tuberk.	Es starben durchschnittlich jährlich in absoluten Zahlen: überhaupt	an Tuberk.	Jährlich. Durchschnitt der Krankheitstage	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf eine Krankenpflegerin überhaupt	auf eine erkrankte Krankenpflegerin
			in Prozenten der Krankenpflegerinn.						
th. geistl. Wärterinnen (Gruppe I)††	1*)	83	17·0	1·0	18·68	1·10	402	4·4	23·6
		91	0·2	.	0·22[1])	. [1])			
	2	54	6·0	0·8	10·17	1·36	270	4·6	45·0
		59	0·6	0·6	1·02	1·02			
	3**)	100	14·8	5·8	13·45	5·27	816	7·4	55·14
		110	2·3	2·0	2·09	1·82			
	4	37	6·2	2·8	15·12	6·83	--	—	—
		41	1·8	1·2	4·39	2·93			
Zusammen (Gruppe I)		274	44·0	10·4	14·62	3·45	1488	5·7	39·4
		301	4·9	3·8	1·63	1·26		bei 3 Anstalten mit 260 Pflegerinn. u. 37·8 jährl. Erkrankungen	
	+ 5%	288			15·28				
					1·70				
lfwärterinnen	1	200	48·4	2·4	22·00	1·09	1036	4·7	21·4
		220	1·6	0·6	0·73	0·27			
	2	26	5·8	0·2	20·00	0·69	220	7·6	37·9
		29	0·6		2·07	.			
	3	45	8·4	0·6	17·14	1·22	216	4·4	25·7
		49	0·4	0·2	0·82	0·41			
Zusammen . .		271	62·6	3·2	21·01	1·07	1472	4·9	23·5
		298	2·6	0·8	0·87	0·27			
hwestern vom Roten Kreuz***)	24 Verb.-Anstalten	1665	468·0	9·0	28·11	0·54	10691[3])	6·4	22·8
			6·0	2·0	0·36	0·12			
	1	55	12·8	0·8	21·33	1·33	?	?	?
		60	0·2	0·2	0·33	0·33			
	2	192	8·0	2·0	3·79	0·95	462[2])	2·2[2])	57·8
		211	1·8	1·2	0·85	0·57			
	3	118	6·6	0·6	5·08	0·46	710	5·5	107·6
		130	0·2	0·2	0·15	0·15			
konissinnen	4	710	131·4	9·0	16·82	1·15	6462	8·3	49·2
		781	5·4	2·4	0·69	0·31			
	5*)	77	24·7	.	29·06	.	371	4·4	15·0
		85	.	.	.	.			
	6	290	153·6	0·6	48·15	0·19	3533	11·1	23·0
		319	0·4	.	0·13	.			
	7	60	2·4	0·6	3·64	0·91	341	5·2	142·1
		66	0·8	0·6	1·21	0·91			
Zusammen . .		1502	339·5	13·6	20·55	0·82	11879	7·5	35·0
		1652	8·8	4·6	0·53	0·28		bei 6 Anstalten mit 1592 Pfleger. u. 326·7 jährl. Erkrankungen	

[1]) Geringe Mortalität, da die Schwestern erst seit kurzem in der Anstalt beschäftigt sind. — [2]) Ohne die Krankheitsfe bei Krebs, Kehlkopftuberkulose und Gicht, da diese Erkrankungen jahrelang dauerten. — [3]) Ohne die Erholungstage.

*) Nur dreijährige Dauer der Erhebung. — **) Nur vierjährige Dauer der Erhebung. — ***) Nur einjährige uer der Erhebung.

†) Zum durchschnittlichen jährlichen Stand der Krankenpflegerinnen wurden 10 Prozent hinzugeschlagen, da die hl der Pflegerinnen in Wirklichkeit größer war als der durchschnittliche Stand. Die letztere, untere Zahl diente ber zur Bildung der Prozente. Siehe S. 89. Art der Berechnung. — ††) Siehe S. 162.

Tabelle 16.

Kath. geistl. Wärterinnen (Gruppe II†)	Krankenanstalt	Durchschnittl. jährlicher Stand der Krankenpflegerinnen	Es erkrankten durchschnittlich jährlich (in absoluten Zahlen) überhaupt	Es erkrankten durchschnittlich jährlich (in absoluten Zahlen) an Tuberk.	Es starben durchschnittlich jährlich (in Prozenten der Krankenpflegerinn.) überhaupt	Es starben durchschnittlich jährlich (in Prozenten der Krankenpflegerinn.) an Tuberk.	Jährlich. Durchschnitt der Krankheitstage	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitt) auf eine Krankenpflegerin überhaupt	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitt) auf ein erkrankte Kranke pfleger.
1. Wiener Krankenanstalten:									
Kaiserin Elisabeth-Spital	1	45	5·8	4·0	11·60	8·00	345	6·9	59·5
		50	3·6	2·0	7·20	4·00			
K.k.Kronprinz.Stephanie-Spital	2	25	1·2	0·6	4·29	2·14	42	1·5	35·0
		28	0·2		0·71	.			
K. k. Wilhelminen-Spital	3	29	2·4[1]	1·2	7·50[1]	3·75	260[1]	8·1[1]	108·3[1]
		32	1·6	1·2	5·00	3·75			
Konvent der Elisabethinerinnen	4	41	1·4	0·8	3·11	1·78	28	0·6	20·0
		45	1·0	0·4	2·22	0·89			
Spital der Barmherzigen Schwestern in Gumpendorf	5	—					—	—	—
				0·4					
K.k.Erzherzogin Sophien-Spital	6	15	2·4	.	15·00	.	—	—	—
		16	.	.	.	.			
Maria-Theresien-Frauen-Hospital	7	7	1·4	0·4	20·00	5·71	25	3·6	17·9
			.	.	.	.			
Allgemeine Poliklinik	8	15	1·2	0·4	7·06	2·35	34[2]	2·0[2]	28·3[2]
		17	.	.	.	.			
2. Krankenanstalten in Niederösterreich:									
Krankenh. in Wr.-Neustadt	1	14	0·4	.	2·67	.	20	1·3	50·0
		15	.	.	.	.			
„ „ Eggenburg	2	5	0·8	.	16·00	.	38	7·6	47·5
			.	.	.	.			
„ „ Korneuburg	3	6	0·8	.	11·43	.	23	3·3	28·8
		7	0·2	.	2·86	.			
„ „ Melk	4	9	0·4	0·2	4·00	2·00	6	0·6	15·0
		10	0·4	0·2	4·00	2·00			
„ „ Mödling	5	18	1·2	0·2	6·00	1·00	50	2·5	41·7
		20	.	.	.	.			
„ „ Neunkirchen	6	8	0·4	.	5·00	.	19	2·4	47·5
		.	.	.	.	.			
„ „ Oberhollabrunn	7	12	0·6	0·4	4·62	3·08	—	—	—
		13	.	.	.	.			
„ „ St. Pölten	8	33	3·0	2·0	8·33	5·56	—	—	—
		36	1·0	1·0	2·78	2·78			
„ „ Gars	9	3	0·8	0·4	20·00	10·00	12	3·0	15·0
		4	0·2	0·2	5·00	5·00			

[1]) Nur „Hauptarten der Erkrankungen" ausgewiesen. — [2]) Ohne die Krankheitstage der zwei Erkrankungen an Tuberkulose.

†) Siehe S. 162. Katholische Barmherzige Schwestern, Mortalität.

Tabelle 16 (Fortsetzung).

Kath. geistl. Wärterinnen (Gruppe II)	Krankenanstalt	Durchschnittl. jährlicher Stand der Krankenpflegerinnen	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: überhaupt (in absoluten Zahlen)	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in absoluten Zahlen)	Es starben durchschnittlich jährlich: überhaupt (in Prozenten der Krankenpflegerinn.)	Es starben durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in Prozenten der Krankenpflegerinn.)	Jährlich. Durchschnitt der Krankheitstage	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf eine Krankenpflegerin überhaupt	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf eine erkrankte Krankenpflegerin
1. Orden u. Kongregationen in Österreich:									
Barmh. Schwestern vom heil. Kreuz (Böhmen)	1	150					—	—	—
		165	1·4	1·0	0·85	0·61			
Töchter d. göttl. Heilandes	2	369					—	—	—
Dienerinnen d. heiligsten Herzens Jesu		406	6·0	6·0	1·48	1·48			
	3	445					—	—	—
Barmh. Schwestern vom heil. Carl Borromäus		490	9·0	7·0	1·84	1·43			
	4	180					—	—	—
		198	9·4	5·0	4·75	2·53			
4. Deutschland:									
Graue Schwestern in Breslau	1	1900					—		—
		2090	23·6	14·4	1·13	0·69			
Franzisk. a. d. Marienhause	2	696					—	—	—
		765	8·4	4·0	1·10	0·52			
Vinzentinerinnen i. Altona	3	6					—	—	—
		7	0·2	.	2·86	.			
Zusammen (Gruppe II)		4031					902	3·6	49·6
		4434	66·6	42·8	1·50	0·97	bei 13 Anst. m. 248 Krankenpflegerinnen u. 18·2 jährl. Erkrankung.		
+ 5 Prozent		4233							
Barmh. Schwestern der Gruppe I u. II (mit 5 Prozent Zuschlag)		4521			1·57				
					1·58				

Tabelle 16 a.

Barmherzige Brüder	Krankenanstalt	Durchschnittl. jährlicher Stand der Krankenpfleger	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: überhaupt (in absoluten Zahlen)	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in absoluten Zahlen)	Es starben durchschnittlich jährlich: überhaupt (in Prozenten der Krankenpfleger)	Es starben durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in Prozenten der Krankenpfleger)	Jährlich. Durchschnitt der Krankheitstage	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf einen Krankenpfleger überhaupt	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf einen erkrankten Krankenpfleger
Graz 1898/1903	1	50	17·50	3·00	35·00	6·00	438	8·76	25·03
			2·00	1·00	4·00	2·00			
Breslau 1898/1902	2	67	21·20	0·40	31·64	0·60	—	—	—
			0·80	0·20	1·19	0·30			
Zusammen		117	38·70	3·40	33·08	2·91	—	—	—
			2·80	1·20	2·39	1·03			

Tabelle 16 b.

Lungenheilstätten:	Durchschnittl. jährlicher Stand der Krankenpflegerinnen	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: überhaupt (in absoluten Zahlen)	Es erkrankten durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in absoluten Zahlen)	Es starben durchschnittlich jährlich: überhaupt (in Prozenten der Krankenpflegerinn.)	Es starben durchschnittlich jährlich: an Tuberk. (in Prozenten der Krankenpflegerinn.)	Jährlich. Durchschnitt der Krankheitstage	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf eine Krankenpflegerin überhaupt	Es entfallen jährlich Krankheitstage (im Durchschnitte): auf eine erkrankte Krankenpflegerin
21 Krankenanstalten (19 in Deutschland und 2 in Österreich)	118[1]	2·0	0·4[2]	1·47	0·29	26	0·2	13·0
	136	.	.	.	.			

[1]) Wärter, Zivilwärterinnen, katholische Schwestern und Diakonissinnen zusammen. — [2]) Eine Diakonissin erkrankte an Tuberkulose. Es ist aber fraglich, ob die Krankheit in der Anstalt akquiriert wurde. Eine Zivilwärterin war früher schon einmal lungenkrank, vor ihrem Eintritte in die Anstalt, und bekam einen Rückfall.

und Verdrießlichkeiten im Dienste, finden die Zivilwärterinnen Vergessenheit für die Unannehmlichkeiten des Berufes im Genusse; daher das häufigere Vorkommen von Herz- und Leberleiden als Todesursachen, daher indirekt das häufige Auftreten von Geschlechtskrankheiten als Krankheitsursache.

Soweit die Kleinheit der absoluten Zahlen ein Urteil gestattet, scheinen die evangelischen Diakonissinnen mehr Disposition zu Tuberkulose und Krebs als die Zivilwärterinnen zu besitzen (siehe Prof. Westergaards Untersuchungen).

Sehr günstig waren die Mortalitätsverhältnisse in den Vereinen für jüdische Pflegerinnen. Bei einem Stande von 50 Schwestern ereignete sich in 11 Jahren kein Todesfall.

Morbidität.

Von je 100	erkrankten jährlich
1. Rote Kreuz-Schwestern	28·11
2. Zivilwärterinnen	21·01
3. Diakonissinnen	20·55

Im umgekehrten Verhältnisse stehen die Zahlen der durchschnittlichen Krankheitsdauer. Die Krankheiten währten am längsten bei den Diakonissinnen (35·0 Tage) und am kürzesten bei den Rote Kreuz-Schwestern (22·8 Tage). Der Grund dafür liegt nicht in den Erkrankungen, sondern darin, daß die Krankheitsdauer der Diakonissinnen mit, die der Rote Kreuz-Schwestern und Zivilwärterinnen ohne Erholungstage angegeben wurde. Die Barmherzigen Schwestern, welche meist von tuberkulösen und typhösen, daher langwierigen Krankheiten befallen werden, wiesen nur 39·4 Tage pro Krankheit aus, sehr wenig im Verhältnis zu den Diakonissinnen, die meist an Angina, Influenza und Bronchialkatarrh erkrankten.

Die Krankheitsursachen waren folgende (Tabelle 14a):

Diakonissinnen:

Krankheiten der Verdauungsorgane	27·24	Prozent	(bes. Angina)
Infektionen	22·51	„	(bes. Influenza)
Krankheiten der Atmungsorgane	14·81	„	(bes. Bronchialkatarrh)

Rote Kreuz-Schwestern:

Infektionen	29·70	„	(bes. Influenza)
Krankheiten der Verdauungsorgane	23·29	„	(bes. Angina)
Krankheiten der Atmungsorgane	9·40	„	(bes. Bronchialkatarrh)
Bleichsucht und Anämie	8·76	„	(bes. Bleichsucht)

Zivilwärterinnen:

Krankheiten der Verdauungsorgane	20·13	„	(bes. Angina)
Krankheiten der Atmungsorgane	18·85	„	(bes. Bronchialkatarrh)
Infektionen	14·70	„	(bes. Typh. u. Gel.-Rheum.)
Krankheiten des Geschlechtsapparates	10·22	„	

Wir finden, daß alle drei Kategorien von Krankenpflegerinnen oft an Angina erkrankten, während dies bei den Barmherzigen Schwestern nicht der Fall ist. Keine einzige Barmherzige Schwester erkrankte an Angina. Auch in England war die Angina eine sehr häufige Erkrankung unter den weltlichen Pflegepersonen.

Tabelle 17.

Es starben:

Frauen im Alter von	in Wien 1900[1]) an		in Niederöst. 1900[1]) an (ohne Wien)		Österreich 1900[1]) an	
	Tuberk.	anderen Krankh.	Tuberk.	anderen Krankh.	Tuberk.	anderen Krankh.
über 20—30 J.	64·05	35·95	55·95	44·05	53·17	46·83
„ 30—40 „	48·64	51·36	44·82	55·18	41·12	58·88
„ 40—50 „	27·87	72·13	27·13	72·87	28·79	71·21
„ 50—60 „	16·30	83·70	18·14	81·86	17·60	82·40
„ 60—70 „	9·25	90·75	9·19	90·81	8·78	91·22
„ 70 „	3·19	96·81	2·76	97·24	2·10	97·90

[1]) Dieselbe Berechnung für die Jahre 1897 bis 1900 siehe auf Tabelle 22.

Tabelle 18.

Es starben:

Frauen im Alter von	Sterbeziffer 1900 in Prozenten für Wien		Niederösterreich (ohne Wien)		Österreich	
über 20—30 J.	0·68	0·88	0·78	0·86	0·80	0·97
„ 30—40 „	0·90		0·85		0·99	
„ 40—50 „	1·22		0·99		1·21	
„ 50—60 „	2·09		1·76		2·18	
„ 60—70 „	4·15		4·04		5·11	
„ 70 „	12·39		13·42		15·38	

Tabelle 19.

Es starben:

Frauen im Alter von	In den Stadtgemeinden Preußens in d. Jahren 1897 bis 1901 zusammen an[1])		in den Landgemeinden Preußens in d. Jahren 1897 bis 1901 zusammen an[1])		Sterbeziffer der Frauen Preußens[2])	
	Tuberk.	anderen Krankh.	Tuberk.	anderen Krankh.	1880	1900
über 15—20 J.	43·20	56·80	45·58	54·42		0·36
„ 20—25 „	45·50	54·50	44·09	55·91	0·62	0·51
„ 25—30 „	43·60	56·40	41·07	58·93	0·80	0·61
„ 20—30 „	44·53	55·47	42·54	57·46		
„ 30—40 „	35·43	64·57	35·73	64·27	1·02	0·75
„ 40—50 „	23·28	76·72	27·54	72·46	1·23	0·99
„ 20—50 „	34·13	65 87	35·04	64·96		
„ 50—60 „	13·56	86·44	18·66	81·34	2·11	1·73
„ 60—70 „	7·49	92·51	10·14	89·86	4·59	4·41
„ 70—80 „	2·25	97·75	2·74	97·26	10·54	9·75
„ 80 „	0·51	99·49	0·59	99·41	22·62	25·71
„ 70 „	1·68	98·32	2·07	97·93		
„ 15 „	15·86	84·14	15·90	84·10		
„ 20 „	14·89	85·11	14·84	85·16		

[1]) Aus der preußischen Statistik 1897, 1898, 1899, 1900, 1901 zusammengestellt und berechnet. — [2]) Aus der preußischen Statistik 171. Die Sterblichkeit 1900 entnommen.

Tabelle 20.

Es starben:

Frauen im Alter von	in der Schweiz 1881—1900 an Tuberk.	in der Schweiz 1881—1900 an anderen Krankh.	Sterbeziffer
15 – 19 J.	53·00	47·00	0·55
20—29 „	48·69	51·31	0·74
30—39 „	35·07	64·93	0·96
40—49 „	22·77	77·23	1·20
50—59 „	12·24	87·76	2·09
60—69 „	6·07	93·93	4·71
70 u. m. „	1·68	98·32	11·19 [1]
			22·65 [2]
Frauen v. 15 „ aufw.	15·64	84·36	1·95
„ „ 20 „ „	14·18	85·82	2·17

[1]) Frauen im Alter von 70—79 Jahren. — [2]) Frauen im Alter von 80 Jahren aufwärts.

Tabelle 21.

Es starben nach Cornet:

Im Alter von	in den Jahren 1863—1888 Barmherzige Schwestern an Tuberk.		in den Jahren 1863—1888 Barmherzige Schwestern an anderen Krankh.		in den Jahren 1876, 1880, 1884 die Bevölkerung in Preußen an Tuberk.	in den Jahren 1876, 1880, 1884 die Bevölkerung in Preußen an anderen Krankh.	Sterbeziffer für die Barmherz. Schwestern	Sterbeziffer für die Frauen in Preußen
über 15—20 J.	60·87		39·13		37·86	62·14	2·05	0·48
„ 20—25 „	67·49	71·61	32·51	28·39	43·01	56 99	2·17	0·68
„ 25—30 „	73·73		26·27		43·56	56·44	2·39	0·81
„ 30—40 „	73·84		26·16		39·38	60·62	1·95	1·06
„ 40—50 „	57·93		42·07		32·78	67·22	1·50	1·44
„ 50—60 „	28·67		71·33		26·89	73·11	1·93	2·39
„ 60—70 „	19·00		81·00		17·88	82·12	5·84	5·57
„ 70 „	11·32		88·68		3·25	96·75		
Zusammen	62·89		37·11		23·78	76·22	2·08	

Es starben nach Hohn 1879—1888 Barmherzige Schwestern:

An Tuberkulose	an anderen Krankheiten
48·48 [1]	51·52

[1]) Und zwar 31·31 Prozent an Lungenschwindsucht und 17·17 Prozent an Tuberkulose anderer Organe.

Tabelle 22.

Von je 100 den folgenden Altersklassen angehörigen verstorbenen Personen weiblichen Geschlechtes starben an Tuberkulose:
anderen Krankheiten:[1])

Wien	1897	1898	1899	1900
bis 10 J.	9·57	9·34	10·56	10·51
	90·43	90·66	89·44	89·49
über 10—20 „	57·10	56·16	53·83	56·32
	42·90	43·84	46·17	43·68
„ 20—30 „	61·45	58·28	57·99	64·05
	38·55	41·72	42·01	35·95
„ 30—40 „	50·44	45·97	47·04	48·64
	49·56	54·03	52·96	51·36
„ 40—50 „	27·42	29·72	27·89	27·87
	72·58	70·28	72·11	72·13
„ 50—60 „	15·40	17·06	18·17	16·30
	84·60	82·94	81·83	83·70
„ 6 —70 „	13·70	10·22	11·50	9·25
	86·30	89·78	88·50	90·75
über 70 „	5·49	3·55	3·83	3·19
	94·51	96·45	96·17	96·81
Unbekannten Alters	16·00	7·14	20·00	10·00
	84·00	92·86	80·00	90·00
Zusammen	19·48	18·16	19·61	19·72
	80·52	82·84	80·39	80·28

Niederösterreich (ohne Wien)	1897	1898	1899	1900
bis 10 J.	7·02	7·23	6·82	7·24
	92·98	92·77	93·18	92·76
über 10—20 „	57·41	50·69	52·98	56·73
	42·59	49·31	47·02	43·27
„ 20—30 „	57·53	55·76	54·49	55·95
	42·47	44·24	45·51	44·05
„ 30—40 „	45·85	41·46	44·83	44·82
	54·15	58·54	55·17	55·18
„ 40—50 „	29·30	29·93	28·00	27·13
	70·70	70·07	72·00	72·87
„ 50—60 „	14·47	18·04	16·19	18·14
	85·53	81·96	83·81	81·86
„ 60—70 „	9·97	9·18	9·62	9·19
	90·03	90·82	90·38	90·81
über 70 „	3·08	2·99	3·13	2·76
	96·92	97·01	96·87	97·24
Unbekannten Alters	12·50	23·53	15·79	18·18
	87·50	76·47	84·21	81·82
Zusammen	14·35	14·01	13·66	13·90
	85·65	85·99	86·34	86·10

[1]) Aus den Daten der österreichischen Statistik, Bewegung der Bevölkerung, berechnet.

Von je 100 den folgenden Altersklassen angehörigen verstorbenen Personen weiblichen Geschlechtes starben an Tuberkulose:
anderen Krankheiten:

Ganz Österreich	1897	1898	1899	1900
bis 10 J.	6·64	6·68	6·63	7·28
	93·36	93·32	93·37	92·72
über 10—20 J.	44·22	43·09	44·00	48·29
	55.78	56·91	56·00	51·71
„ 20—30 „	50·79	49·30	50·28	53·17
	49·21	50·70	49·72	46·83
„ 30—40 „	40·54	38·71	40·13	41·12
	59·46	61·29	59·87	58·88
„ 40—50 „	26·94	27·58	27·54	28·79
	73·06	72·42	72·46	71·21
„ 50—60 „	17·16	17·58	17·94	17·60
	82·84	82·42	82·06	82·40
„ 60—70 „	9·43	8·99	8·86	8·78
	90·57	91·01	91·14	91·22
über 70 „	2·26	2·20	2·16	2·10
	97·74	97·80	97·84	97·90
Unbekannten Alters	13·06	10·97	13·89	11·98
	86·94	89·03	86·11	88·02
Zusammen	13·58	13·40	13·58	14·34
	86·42	86·60	86·42	85·66

IV. Morbidität und Mortalität in den Lungenheilstätten.

(Siehe S. 176 und 181.)

In den Lungenheilstätten war sowohl die Mortalität der Wärter und Wärterinnen, als auch deren Morbidität äußerst klein. Es kam kein Fall von im Spitale erworbener Tuberkulose vor, dank der Beobachtung der prophylaktischen Maßnahmen. Die Einatmung von Zimmerstaub wird in diesen Heilstätten auf das Minimum eingeschränkt. Hier ist gute Luft zu finden und es wird für gute Nahrung gesorgt. Die Körperhaltung wird durch Bewegung im Freien und mäßige Turnübungen gepflegt; die Lungenspitzen gelangen in Tätigkeit und schützen sich gegen fremde Elemente.

Da in den Lungenheilstätten ein gemischtes System platzgegriffen hat, d. h. sowohl männliche Wärter als auch weibliche Wärterinnen in Verwendung kommen, so scheint angezeigt zu sein, diese Gelegenheit zu ergreifen, um hinsichtlich der Mortalität der Männer gegenüber der Mortalität der Frauen an Tuberkulose, namentlich in bezug auf das Lebensalter eine bisher allgemein übliche Anschauung, daß nämlich das weibliche Geschlecht und das jugendliche Alter mehr den Gefahren des Todes durch tuberkulöse

Erkrankungen ausgesetzt wären, zu bekämpfen. Auch soll es nicht heißen, daß Ärzte gegenüber den Krankenpflegerinnen deshalb weniger der Tuberkulose erliegen, da bei ersteren das männliche Geschlecht und das reifere Alter beim Eintreten in den Beruf von Einfluß sind.

Tabelle 23 bis 26 stellen die Sterblichkeit an Tuberkulose bei erwachsenen Männern und Frauen nach Altersklassen dar. Aus der Zusammenstellung geht hervor:

1. daß die Männer eine viel größere Tuberkulosenmortalität haben als die Frauen, ausgenommen das Alter 20 bis 30, wo die Tuberkulose bei Frauen gleich oft wie bei Männern oder nur ein wenig vermehrt vorkommt;
2. daß die höchste Sterblichkeit an Tuberkulose bei Männern in einem späteren Alter eintritt als bei Frauen.

Mit dem Alter nimmt somit, namentlich bei Männern, die Tuberkulosenhäufigkeit als Todesursache zu.

Wir waren bei allen früheren Tabellen, die in Prozenten der Verstorbenen berechnet wurden, gewöhnt, in den zehnjährigen Altersklassen von 20 bis 30 Jahren abwärts eine regelmäßig abnehmende Zahl zu finden, d. h. je älter die Männer waren, desto weniger Prozente unter 100 Verstorbenen entfielen auf die Tuberkulose.

Wir wollen daher an dieser Stelle ein Beispiel zur Erläuterung des Unterschiedes zwischen Berechnung auf Verstorbene und Berechnung auf Lebende anführen:

Im Jahre 1900 in Österreich:

Im Alter von	lebten Männer a	starben Männer an allen Krankh. b	starben Männer an Tuberkulose c
20—30 J.	2077705	16090	8106
60—70 „	603844	32013	3674

Im Alter von	Sterbeziffer in Prozenten $b\,100 : a$	starben Männer an Tuberkulose: in Prozenten d. Verstorb. $c\,100 : b$	starben Männer an Tuberkulose: in Prozenten d. Lebenden $c\,100 : a$
20—30 J.	0·77	50·38	0·39
60—70 „	5·30	11·48	0·61

Daher: Von 100 anfangs des Jahres Lebenden im Alter von 20 bis 30 Jahren sterben überhaupt 0·77 jährlich oder von 1000 Personen 7·7, davon 50 Prozent an Tuberkulose = 4 Personen.

Von 100 anfangs des Jahres Lebenden im Alter von 60 bis 70 Jahren starben an allen Krankheiten 5·30 im Laufe des Jahres oder von 1000 53 Personen, davon 12 Prozent an Tuberkulose = 6 Personen.

Aus den obigen Erörterungen geht deutlich hervor, daß, im Gegensatz zur allgemeinen Meinung, die Tuberkulose unter den Männern des späteren Alters mehr Opfer erfordert.

Dies gilt nur für die allgemeine Bevölkerung der an dieser Stelle angeführten Länder.

Tabelle 23.

Von je 100 Lebenden einer Altersgruppe starben jährlich an **Tuberkulose**:

Altersklassen	in Wien 1900			in Niederösterreich (ohne Wien) 1900			in Österreich 1900		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen		Männer	Frauen	
über 20—30 J.	0·43	0·43	0·41	0·34	0·44	0·37	0·39	0·43	0·40
„ 30—40 „	0·64	0·44		0·39	0·38		0·42	0·41	
„ 40—50 „	0·76	0·34		0·44	0·27		0·49	0·35	
„ 50—60 „	0·80	0·34		0·52	0·32		0·56	0·39	
„ 60—70 „	0·79	0·38		0·53	0·37		0·61	0·45	
„ 70 „	0·63	0·39		0·49	0·37		0·39	0·32	
Bevölkerung überhaupt . . .	0·49	0·37		0·33	0·31		0·36	0·35	

Tabelle 24.

Altersklassen	in der Schweiz[3] 1881—1890	
	Männer	Frauen
über 20—29 J.	0·30[1]	0·33
	0·04[2]	0·03
„ 30—39 „	0·37[1]	0·31
	0·03[2]	0·03
„ 40—49 „	0·37[1]	0·24
	0·04[2]	0·03
„ 50—59 „	0·35[1]	0·21
	0·04[2]	0·05
„ 60—69 „	0·32[1]	0·22
	0·06[2]	0·06
„ 70—79 „	0·20[1]	0·15
	0·07[3]	0·09
„ 80 u. m.	0·06[1]	0·06
	0·05[2]	0·05
Bevölkerung überhaupt	0·22[1]	0·20
	0·06[2]	0·06

Tabelle 25.

Altersklassen	in England u. Wales[4] 1876—1880		in England u. Wales[4] 1896—1900	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
über 20—24 J.	0·29	0·29	0·18	0·15
„ 25—34 „	0·35	0·34	0·22	0·18
„ 35—44 „	0·40	0·33	0·30	0·20
„ 45—54 „	0·39	0·24	0·31	0·16
„ 55—64 „	0·31	0·17	0·26	0·12
„ 65—74 „	0·19	0·11	0·16	0·08
„ 75 u. m. „	0·06	0·05	0·06	0·04

[1]) Lungentuberkulose. — [2]) Andere tuberkulöse Krankheiten. — [3]) Schweizerische Statistik. Die Todesursachen. — [4]) Registrar General's Annual Report of Births, Deaths and Marriages in England and Wales.

Tabelle 26.

Von je 100 Lebenden einer Altersgruppe starben jährlich an **Tuberkulose**:

Altersklassen	Kath. Schwestern[1])	Bevölkerung Preußens[1])
über 15—20 J.	1·17	0·19
„ 20—24 „	1·37	0·30
„ 25—30 „	1·76	0·36
„ 30—40 „	1·42	0·42
„ 40—50 „	0·89	0·48
„ 50—60 „	0·47	0·66
„ 60 „	0·89	0·73

Die Pestfälle in Wien 1898.

Unter den Todesfällen der weltlichen Wärterinnen im Allgemeinen Krankenhaus zu Wien im Jahre 1898 befindet sich ein Fall, welcher die Wärterin Pecha betrifft und als deren Todesursache „Pestinfektion" angegeben ist. Nachdem diese Krankheitsform glücklicherweise in ganz Europa und besonders in Wien seit Jahrhunderten nicht mehr vorgekommen ist, die Geschichte der Pestinfektion vom Jahre 1898 aber auch für die „Krankenpflege" von höchster Bedeutung ist, so muß ich mir gestatten, auf diesen Fall und auf alles das, was mit diesem im Zusammenhang steht, des näheren einzugehen.

Um über die Vorgeschichte dieser Infektion eine authentische Mitteilung zu geben, sei es mir zunächst erlaubt, den amtlichen Bericht, abgedruckt in dem „Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten" 1898, zur Wiedergabe zu bringen:

„Einer Laboratoriumsinfektion fielen im Herbste 1898 drei Menschenleben zum Opfer.

Im nachstehenden wird nach amtlichen Behelfen eine pragmatische Darstellung des Sachverhaltes und der behördlich getroffenen Verfügungen gegeben, woran sich die Krankengeschichten schließen.

Bericht über die Infektion des Dieners Franz Barisch am pathologisch-anatomischen Institute mit Pestbazillen.

Im Januar 1897 hatte die kaiserliche Akademie der Wissenschaft in Wien beschlossen, ärztliche Delegierte zum Studium der Pest nach Bombay zu entsenden. Die Delegierten waren der Privatdozent Dr. H. F. Müller, sowie die Assistenten des pathologisch-anatomischen Institutes, Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon; als Hilfsarzt fungierte Dr. R. Pöch.

Als die Delegierten im Mai vorigen Jahres von ihrer Expedition zurückgekehrt waren, bestand nach der Intention der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften die weitere Aufgabe der Doktoren Albrecht und Ghon darin: 1. das in Bombay gesammelte pathologisch-anatomische Material wissenschaftlich zu bearbeiten; 2. durch Tierversuche festzustellen, auf welche Weise und durch

[1]) Nach Cornet „Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden".

welche Eingangspforten der Erreger der Pest in den Organismus einzudringen vermag, und 3. ebenfalls durch Tierversuche festzustellen, ob und in welcher Weise eine Immunisierung gegen Pest erzielt werden könne. Für die eben skizzierten Untersuchungen wurde den früher genannten Doktoren von der Direktion des Wiener Allgemeinen Krankenhauses ein besonderes Zimmer im Prosekturgebäude eingeräumt, welches mit keinem der übrigen Arbeitszimmer kommunizierte und dessen Fußboden aus Steinplatten bestand. Als Diener wurde den genannten Assistenten Franz Barisch zugeteilt, welcher insoferne unter den hierfür zur Disposition stehenden Dienern der geeignetste war, als er nicht nur die für seine speziellen Dienstverrichtungen notwendige Intelligenz besaß, sondern auch infolge seiner bisherigen Verwendung als Diener des bakteriologischen Laboratoriums des pathologisch-anatomischen Institutes die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten besaß und mit den Gefahren seines Dienstes wohl vertraut war; auch hatte er sich im Dienste stets nüchtern erwiesen.

Bei seiner Zuteilung zu den Arbeiten über Pest wurden ihm die Gefahren seines neuen Dienstes in eindringlichster Weise auseinandergesetzt; hierbei wurde ihm nichts verschwiegen, ja die Sachlage ihm sogar greller geschildert, als sie in Wirklichkeit war. Dessenungeachtet erklärte er sich bereit, die neuen Dienstleistungen zu übernehmen.

Die Untersuchungen in dem sogenannten Pestzimmer begannen im August vorigen Jahres. Vor dem Beginne derselben wurden im Einvernehmen mit den beiden Assistenten Dr. Albrecht und Dr. Ghon alle jene Vorsichts- und Desinfektionsmaßregeln festgestellt, welche im Pestzimmer zu beobachten wären; sie waren im allgemeinen viel strenger als jene, welche sonst in bakteriologischen Laboratorien eingehalten zu werden pflegen. Sie bestanden darin, daß die beiden Assistenten sowie der Diener nach jeder Manipulation mit infizierten Tieren oder infizierten Objekten die Hände mit einer $2^0/_{00}$igen Sublimatlösung zu desinfizieren hatten. Alle Instrumente und sonstige Gegenstände aus Metall, welche bei den Untersuchungen der infizierten Tiere in Verwendung gewesen, mußten hernach in eine fünfprozentige Lysollösung gelegt und daselbst 24 Stunden lang liegen gelassen werden. Die verendeten oder getöteten Versuchstiere sowie alle Abfälle mußten in große Kübel mit $2^0/_{00}$iger Sublimatlösung gebracht, in derselben mehrere Tage liegen gelassen und hierauf mit reichlichen Sägespänen vermengt und verbrannt werden. Die Arbeitstische und der Fußboden waren nicht nur jedesmal, so oft eine Verunreinigung derselben stattgefunden hatte, sondern überhaupt täglich nach Beendigung der Arbeiten mittels $2^0/_{00}$iger Sublimatlösung zu desinfizieren. Die Pestkulturen waren in ausschließlicher Verwahrung des Dr. Ghon und wurden von ihm allein fortgezüchtet. Die Vorbereitungen bei ihrer Verwendung zu den Tierversuchen, sowie die Desinfektion der nach den Versuchen zurückgebliebenen Kulturreste und ihrer Gefäße durch $2^0/_{00}$ige Sublimatlösung geschah ebenfalls ausschließlich durch Dr. Ghon. Die beiden Assistenten sowie der Diener hatten während ihrer Arbeiten im Pestzimmer lange Blusen zu tragen, welche vor dem Verlassen des Zimmers abgelegt und sehr häufig desinfiziert werden

mußten. Wurde die Bluse während der Arbeitszeit durch infektiöse Stoffe verunreinigt, so mußte sie sogleich abgelegt und in einen Kübel mit 2‰iger Sublimatlösung gebracht werden, woselbst sie mindestens einen Tag lang liegen blieb.

Die Käfige, in denen die gesunden und infizierten Versuchstiere untergebracht waren und die aus Drahtgeflecht bestanden, befanden sich ausschließlich im Pestzimmer und standen auf Blechtassen, die mit Torfmull gefüllt waren. Wenn die Tiere verendet waren, mußten die Käfige in eine große Wanne mit 2‰iger Sublimatlösung gestellt und daselbst mehrere Tage stehen gelassen werden.

Die Verrichtungen des Dieners Barisch bestanden in der Desinfektion des Fußbodens mit einer 2‰igen Sublimatlösung, in der Fütterung der Versuchstiere, in der Desinfektion der Käfige, in Hilfeleistungen bei den Tierversuchen, in der Reinigung der hierbei benutzten, aber bereits desinfizierten Instrumente und Utensilien, sowie in der Wegschaffung der zum Verbrennen bestimmten, aber ebenfalls bereits desinfizierten Abfälle und Tierkadaver. Dem Diener war strengstens verboten, im Pestzimmer zu essen oder zu rauchen.

Die spezielle Kontrolle der Dienstesverrichtungen des Barisch, beziehungsweise der von ihm einzuhaltenden Vorsichtsmaßregeln oblag den beiden Assistenten, welche dadurch, daß sie einen großen und häufig sogar den größten Teil des Tages im Pestzimmer zubrachten, fort und fort in der Lage waren, die Verrichtungen des Dieners genauestens zu überwachen. Sie waren in dieser Kontrolle nicht nur nicht lässig, sondern machten häufig selbst die dem Diener zustehenden Verrichtungen, um ihm zu zeigen, wie dieselben auszuführen seien. Hierbei wurden sie nicht müde, ihm bei jedem Anlasse die Gefahren auf das lebhafteste zu schildern, welche durch mangelhafte Ausführung oder durch Nichtbeachtung der Desinfektionsmaßregeln für ihn sowie für sie selbst entstehen würden. Auch war ihm wiederholt vorgeschlagen worden, sich aktiv immunisieren zu lassen, was er aber entschieden ablehnte.

Im allgemeinen war Barisch ernstlich bemüht, seine Dienstesverrichtungen in der vorgeschriebenen Weise auszuführen; er setzte einen gewissen Ehrgeiz darein, die Zufriedenheit seiner Vorgesetzten zu erringen, sowie er auch volles Verständnis für die Wichtigkeit der angeordneten Vorsichts- und Desinfektionsmaßregeln und sogar Interesse für die wissenschaftlichen Untersuchungen der Assistenten besaß.

Hie und da beging er allerdings kleine Verstöße gegen die Instruktion; er wurde aber hierfür aufs strengste getadelt und für den Wiederholungsfall mit schweren Strafen und selbst mit Entlassung bedroht. Da er dann nicht nur Besserung versprach, sondern auch tatsächlich wieder großen Eifer an den Tag legte, so war kein triftiger Grund für seine Entfernung vom Dienste oder gar für seine Entlassung gegeben, und dies um so mehr, als er unter den Dienern der Prosektur der geeignetste war.

Die Infektion des Barisch erfolgte in einer Zeit, in welcher die Untersuchungen der beiden Assistenten über die Pest nahezu abgeschlossen waren,

also in einer Zeit, in welcher der Diener hierbei nur noch sehr wenig in Anspruch genommen wurde. Die Assistenten befaßten sich jetzt bloß damit, die Immunität der von ihnen gegen Pest immunisierten Tiere von Zeit zu Zeit zu prüfen, wobei selbstverständlich auch immer Kontrolltiere infiziert wurden. Der letzte Versuch wurde am 4. Oktober 1898 gemacht.

Die ersten auffälligen Krankheitssymptome traten bei Barisch in der Nacht vom 14. auf den 15. Oktober während seines Leichenwachdienstes auf, indem er nach Angabe seiner Kameraden von einem Schüttelfrost befallen worden war. Am Morgen des 15. Oktober wurde diese Erkrankung dem Assistenten Dr. Ghon gemeldet, welcher sich hierauf in Begleitung des klinischen Assistenten Dr. von Steyskal zu Barisch in dessen Wohnung begab. Die Frau des Barisch teilte bei dieser Gelegenheit mit, daß sie als Ursache der Erkrankung eine Erkältung ansehe, die sich ihr Mann dadurch zugezogen habe, daß er in der Nacht vom 4. auf den 5., sowie in der Nacht vom 8. auf den 9. Oktober „geschwärmt" habe; beide Male war ihr Mann zwischen 5 und 6 Uhr früh „erfroren" nach Hause gekommen. Dr. v. Steyskal stellte nach vorgenommener Untersuchung die Diagnose auf Influenza.

Dr. Ghon nahm sogleich die mikroskopische Untersuchung des Sputums vor, fand aber in demselben keine Influenzabazillen, sondern neben spärlichen Pneumoniekokken plumpe Stäbchen, die sich schwach färbten, vielfach wie gebläht aussahen und Übergänge bis zu großen, runden Gebilden zeigten. Dieselben waren einerseits Degenerationsformen von Pestbazillen, anderseits aber auch gewissen Formen des Bacillus pneumoniae ähnlich, nämlich solchen Formen, wobei Kapsel und Bazillus gleich stark gefärbt erscheinen.

Dr. Ghon hatte sogleich Verdacht auf eine Pestinfektion, obwohl der mikroskopische Befund keine sichere Diagnose gestatten konnte; er zeigte die Präparate dem Assistenten Dr. Albrecht, welcher der gleichen Ansicht war. Dr. Ghon verständigte daher sogleich den Privatdozenten und Assistenten der I. medizinischen Klinik Dr. H. F. Müller, welcher, wie schon bemerkt worden war, bei der Expedition nach Bombay als klinischer Delegierter fungiert hatte. Derselbe erklärte aber nach eingehender Untersuchung des Barisch in bestimmter Weise, daß er nach dem klinischen Befunde an eine Infektion mit Pestbazillen absolut nicht glauben könne, sondern daß nur eine beginnende kruppöse Pneumonie vorliege. Dr. Ghon veranlaßte aber sogleich, daß Barisch sein Sputum nur in ein mit 2‰iger Sublimatlösung gefülltes Gefäß expektoriere und daß auch sein Urin und etwaige Faeces in ein ebenfalls eine 2‰ige Sublimatlösung enthaltendes Gefäß entleert werden. Seiner Frau wurde bedeutet, nicht nur nicht neben ihm zu schlafen, sondern überhaupt nicht in unmittelbarer Nähe von ihm zu bleiben und ihre Hände nach jeder Verrichtung beim Kranken mit Sublimat zu desinfizieren. Auch dem Kranken wurde aufgetragen, darauf zu sehen, daß die angeordneten Vorsichtsmaßregeln genau eingehalten werden.

Da, wie schon oben angegeben war, die mikroskopische Untersuchung des Sputums es unentschieden ließ, ob die gesehenen Bazillenformen dem Bacillus pneumoniae angehören oder etwa Degenerationsformen des Pest-

bazillus seien, wurden einerseits vom Sputum Kulturen auf Agar und Gelatine angelegt, anderseits einer Ratte zirka 0·5 cm^3 einer sehr dichten Aufschwemmung des Sputum intraperitoneal injiziert.

Am nächsten Tage, d. i. am 16. Oktober, war die Ratte vollständig gesund; in den Agarkulturen waren aber keine Kolonien vom Bacillus pneumoniae aufgegangen, überhaupt waren nur sehr wenige Kolonien gewachsen und unter diesen keine einzige, welche die Diagnose auf Pestkolonien gestattet hätte.

Obwohl die Ratte gesund geblieben war, so steigerte doch der Umstand, daß keine Kolonien von Bacillus pneumoniae aufgegangen waren, den Verdacht, daß die gestern gesehenen eigentümlichen Bazillenformen nicht dem Bacillus pneumoniae angehörten, sondern Degenerationsformen des Pestbacillus darstellen dürften.

Dieser Fall wurde sogleich dem Dr. Müller mitgeteilt, welcher hierauf den Barisch nochmals genauestens untersuchte und abermals in bestimmter Weise erklärte, er könne auch nach dem heutigen klinischen Befunde nicht an eine Pestinfektion glauben. Trotzdem bestand Dr. Ghon auf sofortiger Isolierung des Kranken, d. h. der Unterbringung desselben in einem Isolierkrankenzimmer.

Dr. Müller besorgte hierauf den Transport des Kranken mittels Tragbahre auf ein Isolierzimmer der I. medizinischen Klinik und erklärte, von dem Vorfalle dem klinischen Vorstande als auch der Direktion des Allgemeinen Krankenhauses Meldung erstatten zu wollen. Desgleichen veranlaßte er, daß einerseits das Plumeau und die Kopfpolster mit dem Kranken auf das Isolierzimmer gebracht und anderseits der zurückgebliebene Teil der Bettwäsche der Desinfektion zugeführt wurden. Dr. Ghon trug der Frau des Barisch strengstens auf, daß sowohl sie als andere Personen das Zimmer, in welchem der Kranke gelegen war, fernerhin nicht mehr betreten.

Nach Wegschaffung des Kranken untersuchte Dr. Ghon neuerdings das Sputum des Barisch und fand neben mäßig zahlreichen Pneumoniekokken und den gestern gesehenen, zweifelhaften Formen mäßig viele plumpe Stäbchen, welche sich schwach färbten, aber keine ausgesprochene bipolare Färbung zeigten. Da dieser Befund wieder keine bestimmte Diagnose auf Pest gestattete, so wurden von dem Sputum neuerdings Kulturen angelegt, und zwar auf Serum-Agar, und außerdem wurde einer Ratte 0·5 cm^3 des Sputums in die Bauchhöhle injiziert.

Am folgenden Tage, 17. Oktober, war die erstgeimpfte Ratte noch immer ganz munter; auch in den am Samstag angelegten Kulturen waren keine neuen Kolonien aufgegangen. Die Kulturen von gestern zeigten neben Kolonien des Diplococcus pneumoniae eine mäßige Anzahl von anderen Kolonien, von welchen aber keine einzige als typische Pestkolonie bezeichnet werden konnte. Dr. Müller schickte an diesem Tage den beiden Assistenten Dr. Albrecht und Dr. Ghon einen Zettel folgenden Inhaltes: „Infiltration des rechten Unter- und Oberlappens. Kein Milztumor. Befinden objektiv nicht besorgniserregend. Bisher spricht klinisch nichts gegen gewöhnliche Pneumonie." An diesem Tage (17. Oktober), an welchem Professor Weichselbaum

seine Vorlesungen eröffnete, erhielt er von den beiden Assistenten die erste Mitteilung von dem, was bisher vorgefallen war. Aus dieser Mitteilung konnte er auch entnehmen, daß die bisherigen bakteriologischen Untersuchungen zwar den Verdacht auf eine Pestinfektion vollkommen rechtfertigten, aber doch keine ganz bestimmte Diagnose gestatteten.

Am selben Tage wurde Dr. Müller das von Professor Paltauf erhaltene Pestserum zur Injektion für den Kranken übergeben und ihm dabei empfohlen, auch sich und den Wärterinnen eine Injektion zu machen, was Dr. Müller jedoch ablehnte.

Die gestern, 16. Oktober, infizierte Ratte ging im Verlaufe des heutigen Tages ein. Bei der Sektion derselben fand sich eine geringe Menge hämorrhagischen Exsudates in der Bauchhöhle, in welcher mikroskopisch spärlich Bazillen nachgewiesen werden konnten, die teils einzeln lagen, teils Diplobazillen waren und von denen auch einige bipolare Färbung zeigten. Ferner fand sich ein Milztumor und Hyperämie der Organe. In der Milz und dem Blute konnten mikroskopisch keine Bakterien gefunden werden. Da dieser Befund nicht jenem entsprach, welchen man sonst bei Infektion der Ratten mit virulenten Pestbazillen zu sehen bekommt, und da es sich im Falle der Erkrankung des Dieners Barisch, welche vom Kliniker durchaus nicht als eine Pestinfektion, ja nicht einmal als eine pestverdächtige Erkrankung bezeichnet wurde, darum handelte, durch die bakteriologische Untersuchung ein nach jeder Richtung hin sicheres Resultat zu erlangen, so wurden noch aus dem Herzblute der Ratte Kulturen auf Agar angelegt; desgleichen wurden noch am Abend desselben Tages von dem Sputum des Kranken neuerdings Kulturen auf Serum-Agar angelegt.

Am folgenden Tage (18. Oktober) vormittags waren die eben erwähnten Kulturen aus der Ratte und dem Sputum noch nicht aufgegangen. Nichtsdestoweniger wurde von der Steigerung des Verdachtes die Direktion des Allgemeinen Krankenhauses, sowie auch Dr. Müller verständigt. Letzterer sendete an diesem Vormittage wieder einen Zettel an die früher genannten Assistenten des Inhaltes: „Fibringerinnsel im Sputum!"

Bald darauf hatte Professor Weichselbaum Gelegenheit, mit Dr. Müller zu sprechen, wobei letzterer neuerdings erklärte, daß er nach der klinischen Untersuchung keine Pestinfektion annehmen könne. Trotzdem ersuchte Professor Weichselbaum ihn ausdrücklich,[1]) keine Vorsichtsmaßregeln außer acht zu lassen und auch das Wartepersonal des Kranken dahin zu instruieren, daß dieses beim Aushusten des Kranken nicht in unmittelbarer Nähe desselben bleiben solle, worauf Dr. Müller erwiderte, daß er bereits diese Anordnung getroffen habe. Nachmittags zwischen 2 und 3 Uhr schickte Dr. Müller abermals einen Zettel an Dr. Albrecht und Dr. Ghon des Inhaltes: „Zweifellos Plaquepneumonie. Temperatur 41·5 Grad. Unfühlbarer Puls, 235 in der Minute. Exitus jeden Augenblick zu erwarten."

[1]) Wir nehmen Veranlassung, hier noch insbesondere der ganz vorzüglichen Leistungen unseres hochangesehenen Landsmannes Professor Dr. Weichselbaum, sowie der Herren Dr. Ghon und Albrecht Erwähnung zu tun, ebenso wie wir zu bemerken nicht unterlassen können, daß die Haltung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien eine durchaus korrekte und vorsichtige ist.

Gegen 5 Uhr erhielten die beiden Assistenten die Nachricht von dem erfolgten Ableben des Kranken.

Am nächsten Morgen, d. i. am 19. Oktober, zeigten sowohl die aus dem Sputum des Kranken, als auch die aus dem Herzblute der Ratte am Montage angelegten Kulturen zahlreiche ganz typische Pestkolonien. Hierdurch war nach jeder Richtung hin der Beweis erbracht, daß der Diener Barisch sich mit Pestbazillen infiziert hatte. Am Mittwoch abends krepierte auch die erst infizierte Ratte, welche bei der Sektion einen für Pest ganz typischen Befund zeigte.

Nach dem Eintreffen der Nachricht von dem Tode des Dieners Barisch begaben sich Dr. Albrecht und Dr. Ghon auf die I. medizinische Klinik, um daselbst im Vereine mit Dr. Müller die entsprechenden Desinfektionsmaßregeln eigenhändig auszuführen. Nachdem sie sich umgekleidet hatten, wurde vor ihnen der Leichnam zunächst in ein mit ganz konzentrierter wässeriger Sublimatlösung getränktes Leintuch, sodann in ein zweites, in gleicher Weise getränktes, aber nachher ausgerungenes Leintuch eingeschlagen. Die so eingehüllte Leiche wurde nunmehr vollständig in Billrothbattist eingewickelt und dann nochmals in ein mit Sublimat getränktes Leintuch gehüllt. Zugleich wurden sämtliche Hüllen auf das sorgfältigste mittels Heftnadeln befestigt. Vor dieser Prozedur war das das Bett bedeckende Leintuch, auf welchem der Leichnam unmittelbar gelegen, vollständig mit konzentrierter wässeriger Sublimatlösung überschüttet worden.

Hierauf wurde von zwei Leichendienern die Leiche in einer Tragbahre in die kleine, abgeschlossene Beisetzkammer des pathologisch-anatomischen Institutes gebracht. Daselbst war bereits ein geräumiger, solider, innen ausgepichter Eichenholzsarg vorbereitet, der zur Hälfte mit in Sublimat getränkten Sägespänen gefüllt wurde. Auf diese wurde der in oben geschilderter Weise eingehüllte Leichnam gebettet und vollständig mit ebenfalls in Sublimat getränkten Sägespänen bedeckt. Hierauf wurde der Sarg mittels acht kräftiger Schrauben geschlossen, die zum Transporte der Leiche verwendete Tragbahre neben den Sarg gestellt und die Beisetzkammer versperrt; der Schlüssel derselben wurde dem diensthabenden Leichenwächter eingehändigt mit dem strengen Auftrage, die Leichenkammer unter keiner Bedingung ohne Anwesenheit eines der beiden Assistenten zu öffnen. Letztere sowie der Leichendiener unterzogen sich hierauf einer gründlichen Desinfektion mit Sublimat. Am Mittwoch den 19. Oktober morgens wurde überdies der Sarg verkittet.

Da die Frau des Verstorbenen um die Erlaubnis, die Leiche ihres Mannes sehen zu dürfen, inständigst gebeten hatte, und diese Bitte ohne jedwede sanitäre Gefährdung gewährt werden konnte, so wurde auch die angesuchte Erlaubnis gegeben. Demgemäß wurde Mittwoch nachmittags unter Intervention der beiden Assistenten und des Leichendieners der Sarg geöffnet und die Hülle vom Kopfe der Leiche zurückgeschlagen. Die Frau durfte nur wenige Minuten aus einiger Entfernung das Gesicht der Leiche besichtigen, ohne aber die Leiche oder den Sarg zu berühren. Hierauf wurden die Hüllen wieder über den Kopf der Leiche geschlagen,

mit Heftnadeln befestigt und mit Sublimat getränkten Sägespänen bedeckt, dann wurde der Sarg geschlossen, verkittet und in einen Metallsarg gestellt, welcher sofort verlötet wurde. Nach dieser Prozedur unterzogen sich die beiden Assistenten und der Leichendiener abermals einer gründlichen Desinfektion mit Sublimat. Die zum Transport der Leiche verwendete Tragbahre wurde der Desinfektion übergeben.

Über die Art und Weise, in welcher die Infektion des Dieners Barisch erfolgt sein dürfte, können nur Vermutungen geäußert werden. Sie dürfte nach Berücksichtigung aller Umstände in der Zeit zwischen dem 9. und 12. Oktober erfolgt sein. Wie schon oben angegeben wurde, hatte Barisch in der Nacht vom 8. auf den 9. Oktober „geschwärmt". Da er nun nach solchen, allerdings nur selten vorgekommenen Exzessen an den folgenden Tagen etwas ungeschickt und zerstreut zu sein pflegte und den Assistenten geflissentlich auswich, so liegt die Vermutung nahe, daß er am 9., 10. oder 11. Oktober seine Dienstesverrichtungen im Pestzimmer nicht nur in Abwesenheit der Assistenten ausführte, sondern hierbei weniger sorgfältig und aufmerksam war, d. h. seine Hände nach den Verrichtungen nicht sorgfältigst desinfizierte. Es ist möglich, daß er auch bei diesen Verrichtungen gegen das strenge Verbot Zigaretten rauchte — er war ein passionierter Raucher — und hierbei seine verunreinigten Finger mit dem Munde in Berührung brachte. Da der Diener Barisch für die Erfolge der Tierversuche ein gewisses Interesse zeigte, so ist es auch nicht ausgeschlossen, daß er an einem der oben angegebenen Tage in Abwesenheit der Assistenten bei der Fütterung der Tiere aus Neugierde das einzige infizierte Tier herausgenommen und untersucht hatte, und daß hierbei von dem an den Haaren in der Umgebung der Einreibungsstelle möglicherweise ausgetrockneten Geschwürssekrete — es war nämlich dieses eine Kontrolltier mit einer Pestkultur am 4. Oktober eingerieben worden, worauf sich ein Geschwür gebildet hatte — kleinste Partikelchen sich abgelöst hatten und von ihm inhaliert worden waren.

Jedenfalls kann noch behauptet werden, daß der vorausgegangene Exzeß ein wichtiges, disponierendes Moment für die Infektion gebildet hatte.

Der weitere Verlauf der Pesterkrankungen in Wien gestaltete sich folgendermaßen:

Am 20. Oktober erkrankte die eine der beiden Wärterinnen des verstorbenen Dieners Barisch, Albertine Pecha, am 21. der behandelnde Arzt Dr. Müller, welche beide im Kaiser Franz Josef-Spitale der strengsten Isolierung unterzogen waren. Als behandelnder Arzt war Dr. Pöch, welcher im vorigen Jahre an der Pestexpedition nach Bombay teilgenommen hatte, als Pflegerinnen waren Ordensschwestern mit den Kranken isoliert.

In der Nacht vom 22. auf den 23. Oktober erlag Dr. Müller, in der Nacht vom 29. auf den 30. die Wärterin Pecha, bei welcher wiederholt Pestseruminjektionen stattgefunden und vorübergehende Besserungen erzielt hatten, der Krankheit.

Bei der zweiten Wärterin des Barisch, welche schon früher mit einem Lungenspitzenkatarrh behaftet gewesen war, und bei einer Ordensschwester

stellten sich vorübergehende Fiebererscheinungen ein, die fortlaufenden bakteriologischen Untersuchungen ergaben aber keine Anhaltspunkte für eine Pesterkrankung, und es wurde die Diagnose, daß es sich nicht um Pest handelte, durch den weiteren Verlauf bestätigt.

Auch bei den übrigen, der sanitären Beobachtung im Franz Josef-Spitale unterstellten Personen sind pestverdächtige Erscheinungen nicht eingetreten und wurden die angeordneten, strengen prophylaktischen Vorkehrungen im Allgemeinen Krankenhause sowie im pathologischen Institute wieder außer Kraft gesetzt."

Es soll nicht im entferntesten behauptet werden, als entspreche dieser amtliche Bericht nicht vollkommen der Wahrheit und als wäre aus Mangel an Vorbedacht irgend einem amtlichen Organ ein Fehler in der ganzen Behandlung dieser traurigen Angelegenheit unterlaufen. Es muß im Gegenteile von vornherein bemerkt werden, daß bei der Bekämpfung dieser Gefahr, welche für Österreich geradezu katastrophal hätte werden können — alles aufgeboten wurde, um dieselbe abzuwenden. Nichtsdestoweniger ist dieser ganze Fall doch von so großer Wichtigkeit für die Wissenschaft der Krankenpflege und für die Vorsorge bei allen Infektionskrankheiten, daß wir es für notwendig fanden, uns mit diesem Gegenstande auch über den amtlichen Bericht hinaus noch etwas intensiver zu beschäftigen und ihn ganz vorurteilsfrei zu besprechen. Wir nutzen damit nur der Wissenschaft und sind überzeugt, daß wir auch im Interesse aller beteiligten Personen sprechen. Es wird und kann uns nicht einfallen, dabei eine Kritik an einzelnen Personen zu vollziehen, da es sich heute gar nicht mehr feststellen ließe, wo zwischen Unglück und Verschulden die Grenze zu ziehen wäre. Wohl aber müssen wir der Zukunft wegen den Fall in seinen Einzelheiten prüfen, um daraus eine nützliche Lehre zu ziehen.

Zunächst möchten wir bemerken, daß nach Ansicht der beteiligten Dozenten (siehe Bericht über die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897 von Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon) das Zimmer, welches als Pestlaboratorium diente, besonders räumlich keineswegs allen hygienischen Anforderungen entsprach, und daß, wenn während einer 14 Monate dauernden angestrengten Arbeit in diesem Laboratorium, wo gleichzeitig eine ganze Menge mit Pest infizierter Versuchstiere beherbergt wurde, auch nicht der geringste Zwischenfall sich ereignete, dies als ein vollgiltiger Beweis dafür aufgefaßt werden muß, wie eben alles Erdenkliche geschehen war, um eine Infektion der darin beschäftigten Personen hintanzuhalten. Es muß ferner bemerkt werden, daß die betreffenden Aufsichtspersonen den Diener Barisch vergebens zu bewegen trachteten, sich aktiv immunisieren zu lassen, was er aber jedesmal ablehnte. Es blieb daher nichts anderes übrig, als ihm immer und immer wieder die Gefahren, denen er sich selbst aussetzte und welche die Pestarbeiten überhaupt in sich schließen, auf das grellste und rücksichtsloseste vor Augen zu führen. Es muß ferner bemerkt werden, daß erwiesenermaßen und ganz gegen Befehl und Vorschrift der Diener Barisch

pestkranke Versuchstiere befühlte, und es ist mit höchster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß er rauchte, Zigarren oder Zigaretten mit den schmutzigen Fingern berührte und sich so die „Lungenpest" zugezogen hat. Es ist nämlich tatsächlich erwiesen, daß diese Infektion nicht wie bei der Tuberkulose durch Zerstäubung, sondern auf feuchtem Wege vor sich geht, und so ist es wahrscheinlich gekommen, daß die gefährliche Form der Pest, die Lungenpest, von der seinerzeit in Bombay verhältnismäßig sehr wenig Fälle vorkamen, in Wien allein 3 Opfer gefordert hat. Es muß ferner erwähnt werden, daß der Diener Barisch im Dienste vielleicht ganz tüchtig und sich besonders wißbegierig zeigte, daß er aber einen Teil seiner freien Nächte, wie amtlich angegeben, herumschwärmte, und daß nach dem Wortlaut dieser amtlichen Berichte dieses nächtliche Schwärmen des Barisch wahrscheinlicherweise eine erhöhte Disposition für Ansteckung bei ihm erzeugte. Dies muß zugegeben werden und wird allgemein geglaubt.

Es kann nun weiter nicht unerwähnt bleiben, daß es jedenfalls besser gewesen wäre, den Diener Barisch trotz der noch nicht sichergestellten Diagnose sofort ins Franz Josef-Spital und nicht auf die Klinik zu bringen. Ganz abgesehen von der Möglichkeit weiterer Infektionen, entbehrt das betreffende Isolierzimmer der nötigen Luft und des nötigen Raumes, und ohne behaupten zu wollen, daß hierdurch etwa der letale Ausgang des Barisch bedingt war, muß doch die Unterbringung desselben auf die Klinik als eine nicht ganz glückliche Maßregel bezeichnet werden.

Ebenso dürfte es in Zukunft kaum mehr vorkommen, daß eine ungeschulte Wärterin, welche erst 2 Monate den Krankendienst versieht, mit der Wartung eines so gefährlichen Infektionskranken betraut wird. Ich wiederhole nochmals, ich bin weit davon entfernt, gegen irgend eine Person hierüber einen Vorwurf zu erheben, es ist aber die Konstatierung dieser Tatsache angesichts der so dringend notwendigen Ausbildung der Krankenwärterinnen von so entscheidender Wichtigkeit, daß ich darauf nicht verzichten konnte, neuerdings hervorzuheben, wie sehr die gute Ausbildung einer Wärterin im Interesse der Kranken und in ihrem eigenen Interesse gelegen ist.

Endlich kann es nicht unerwähnt bleiben, daß, so wenig es jemals einem Menschenfreunde beifallen könnte, an der über alles Lob erhabenen Pflichttreue des verstorbenen edlen und heldenmütigen Dr. Müller zu zweifeln, alle Sachverständigen doch auch mit dem oben angeführten Berichte übereinstimmen, daß das traurige Schicksal des Dr. Müller als ein warnendes Beispiel für alle Zukunft hinzustellen sei, mit welch äußerster Vorsicht für die eigene persönliche Sicherheit ein Arzt bei Behandlung gefährlicher Infektionskrankheiten zu handeln hat. Denn es kann keinem Zweifel unterliegen, so sagt der amtliche Bericht, daß in dem Außerachtlassen peinlicher persönlicher Vorsichtsmaßregeln der Grund für die Infektion Müllers ebenso wie für die der Wärterin zu suchen ist, sei es, daß er von vornherein nicht an die Möglichkeit einer Pesterkrankung glauben mochte, sei es,

daß er, obwohl er die Aetiologie der Pneumonie des Barisch kannte, die Ansteckungsgefahr in so verhängnisvoller Weise unterschätzte.

Fünf Jahre später als diese Vorfälle, am 2. Juni 1903, am Dienstag nach Pfingsten, erkrankte in Berlin im Institute für Infektionskrankheiten Dr. Milan Sachs aus Agram, der im Berliner Pestlaboratorium gearbeitet hatte, ebenfalls an Lungenpest und verschied nach kurzem Krankenlager. Für seine Ansteckung liegen zwei Möglichkeiten vor:

Am 26. Mai hatte Dr. Sachs dem Laboratoriumsdiener gesagt, er hätte eine kleine Schrunde an der Hand bemerkt, ohne zu wissen, wie er sie sich zugezogen habe.

Am Donnerstag den 28. Mai hat Dr. Sachs bei einem Meerschweinchen aus einem Bubo mit einer Pravazschen Spritze Gewebesaft aufgefangen und auf einer Agarplatte ausgestrichen. Diese Operation führte er nicht nach Vorschrift aus, indem er etwas Luft mit aufzog und nachher den Gewebesaft noch mit einem kräftigen Drucke entleerte, so daß er auf der Agarplatte verspritzte. Dr. Sachs dürfte hiervon einen Tropfen entweder direkt in den Mund oder in die Nase sich gebracht haben.

Die Ursache der Ansteckung ist auch hier durch Unvorsichtigkeit aufgeklärt. Es schließt sich an diese Erkrankung die des Wärters Markgraf an, dessen Krankheit aber einen milden Verlauf nahm, und der teilweise auch durch Seruminjektionen gerettet wurde. Ich habe auch dieses Falles erwähnt, weil auch hier ein junger, seiner Wissenschaft voll und ganz ergebener Arzt durch eine Unvorsichtigkeit sein Leben einbüßen mußte, und weil mir daran gelegen war, zu zeigen, wie alles darauf ankommt, auf dem Gebiete der Krankenpflege die Überzeugung wachzurufen, daß Arzt und Pfleger zwar mit der größten Opferwilligkeit und Hingebung im Dienste der Kranken stehen sollen, daß sie aber auch alle Mittel in Anwendung bringen müssen, welche die persönliche Gefahr, der sie sich aussetzen, abschwächen und verkleinern können. Inwieweit dies möglich ist, lehrt uns der Verlauf der Beulenpest, die im Jahre 1897 in Bombay herrschte, über welche uns sowohl die amtlichen Berichte des englischen Arztes im Arthur Road Spital, Mr. N. H. Choksy[1]), als auch die amtlichen Berichte des Herrn Dr. Müller und der Herren Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon[2]) vorliegen, Berichte, die wir noch durch direkte Korrespondenz mit den englischen Behörden ergänzt haben. Aus diesen Berichten, welche in erster Linie die Vorgänge im Arthur Road-Spitale betreffen, geht nun zur Evidenz hervor, daß auch bei der gefährlichsten, durch die höchste Mortalität aus-

[1]) Report on Bubonic-Plague P. C. H. Snow et by Khan Bahadur N. H. Choksy. Bombay 1897. — [2]) Über die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897. I. u. II. Von Dr. Hermann Franz Müller, Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon.

gezeichneten Infektionskrankheit, bei der Pest, die Anlage eines guten, namentlich luftigen und geräumigen Hospitales die Hauptgewähr für den günstigen Verlauf der Krankheit und namentlich für die Sicherheit der Krankenpflegepersonen ist.

Das vorzüglich ausgestattete Arthur Road-Spital in Bombay, welches zur Aufnahme von 120 bis 150 Pestkranken bestimmt war, hat während der Dauer von mindestens 8 Monaten einen einzigen Arzt an Pesterkrankung verloren, während 3 Ward-boys nach einer leichten Erkrankung wieder vollkommen hergestellt wurden. Der betreffende Arzt verstarb angeblich nach einer Infektion in einem Privathause.

Trotzdem außer mehreren Misses 12 Huildien, 12 Ward-boys und 6 Sweepers bedienstet waren, ist eine schwere Erkrankung nicht vorgekommen. Hierbei muß betont werden, daß nach der strengen Scheidung der Kasten in Indien die gemeinsten Verrichtungen, also z. B. das Wegtragen der Exkremente, nur von einer niederen Klasse, den Sweepers, besorgt werden, von denen niemand erkrankte, während die drei obigen Erkrankungsfälle nur Ward-boys, welche doch der höheren Pflege obliegen, betroffen haben. Der Grund davon liegt in den durch die Regierung den Sweepers gewährten guten Wohnungen. Ebenso ist es eine interessante Erscheinung, daß in Bombay, wie der amtliche Bericht erwähnt, ein großer Teil der prostituierten Frauen, welche in besseren Stadtteilen wohnen, von Pestanfällen befreit bleibt. Weniger glückliche Resultate hatten freilich jene Spitäler zu verzeichnen, welche nicht so gut wie das Arthur Road-Spital eingerichtet sind. Wie denn nach einer Mitteilung von Dr. H. Plehn in Tanga (siehe „Wr. Allgem. med. Zeitung" 1899, Nr. 67) im Mahratta-Hospital allein unter dem Pflegepersonale 10 schwere Pestinfektionen vorkamen. Das genannte Journal schreibt: „Die eigentümlichen Rassen- und Klassenvorurteile der Inder haben es erforderlich gemacht, weitgehende Trennungen der Kranken vorzunehmen, so daß in der Tat fast jede Kaste oder Sekte ihr Pesthospital oder ihre Pestspitäler für sich besaß und Bombay über 22 Pesthospitäler verfügte. Fast alle sind, zum Teile wenigstens, durch die Angehörigen der betreffenden Kasten, respektive Religionsgemeinschaften erbaut und sie sind sowohl in ihrer Bauart, als in ihrer Verwaltung höchst verschieden".

Auch bei der im November 1899 in Kobe und Osaka (Japan) ausgebrochenen Pestepidemie war in einem nicht gut angelegten Hospitale, trotzdem sich nur wenige Pestkranke, kaum 100 Personen, darin befanden, die Erkrankung der Wärterinnen, ganz entgegengesetzt den Erfahrungen im Arthur Road-Spitale, eine sehr bedeutende, es wurden überdies auch drei Ärzte dahingerafft; es mußte das lediglich auf die ungünstigen Verhältnisse im Spital zurückzuführen sein.

Nach dieser Richtung hin kann nicht genügend betont werden, daß der Wissenschaft in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten die Führung überlassen werden muß, und der Wissenschaft allein ist das glänzende Resultat zu verdanken, daß, trotzdem fortwährend pestverdächtige Personen in den europäischen Häfen landen, die Pest nicht auch

bei uns in Europa wie in den früheren Jahrhunderten schon längst wieder ihre Opfer in umfassendem Maße gefordert hat.

Die englische Regierung ist nicht so glücklich in ihren Bestrebungen, sie kämpft mit den unbesiegbaren Vorurteilen der Kasten und des Aberglaubens. Allerdings werden ja die Europäer sowie die begüterten Klassen von dieser schrecklichen Krankheit kaum betroffen. Sie wütet unter den ärmsten, den schlechtest situierten Klassen der Bevölkerung, namentlich unter den Fabrikarbeitern, die, was Wohnung und Nahrung anbelangt, ein kaum menschenwürdiges Dasein führen. Die Pest ist auch hier wie die Tuberkulose in hervorragendem Maße eine soziale Krankheit.

Hierzu kommt, daß in Indien die Lehre von der Seelenwanderung und in Japan der Glaube, daß die Ratte Reichtum bringe, die Vertilgung dieses gefährlichen Tieres fast unmöglich machen. Die Ratte ist aber bekanntlich in eminentester Weise die Trägerin des Pestbazillus. Augenzeugen schildern, daß an Beulenpest erkrankte Ratten Stadt und Umgebung von Bombay durchstreifen. Ein glaubwürdiger Augenzeuge erzählte mir, daß ein indischer Policeman eine kranke Ratte, die er mühsam durch einen Graben kriechen sah, mit den Händen unterstützte, damit sie das jenseitige Ufer erreiche. So unglaublich diese Erzählung klingt, so stammt sie doch von einer Person, welcher man unbedingten Glauben schenken muß.

Es mag aber hierdurch erklärt sein, wie schwer der Kampf für die englische Regierung ist, dieser unheilvollen Krankheit Einhalt zu tun. Wenn auch die Gefahr der Pest, namentlich der Beulenpest, überschätzt wird, so ist sie doch immerhin ein so gefährlicher Feind auch für Europa, daß wir die Hände keinesfalls in den Schoß legen dürfen, sondern aufmerksamen Blickes die Erscheinungen im fernen Osten verfolgen müssen.

Auszug aus Dr. Müllers Bericht über die Pest und die Ansteckung in der Krankenpflege.

„Daß Ärzte im Bombay von der Epidemie so gut wie verschont bleiben, ist bei den von diesen angewandten Schutzmaßregeln der Reinlichkeit und Desinfektion nicht auffallend. Von den Ärzten des Arthur Road-Hospitales erkrankte an Pest bloß der Eingeborene (Jain) Dr. P. N. Davda, Vorstand der Rekonvaleszentenabteilung; er erkrankte am 26. April abends an einem rechtsseitigen Axillarbubo und starb am Morgen des 1. Mai. Auffallend könnte dagegen erscheinen, daß die Ward-boys und Sweepers, deren erstere die Kranken pflegten, Verbände wechselten, die incidierten Bubonen beim Verbandwechsel betasteten, deren letztere mit dem Fortschaffen von Harn und Stuhl, Reinigen des Fußbodens und der Leibschüsseln, Transport von Leichen, der Hilfeleistung bei den Sektionen betraut waren, mit Ausnahme eines, der vor unserer Anwesenheit an Pest erkrankte, aber genas, nicht befallen wurden. Zwei Ward-boys erkrankten allerdings gleichzeitig während unserer

Anwesenheit, es handelte sich um eine folliculäre Angina mit mäßigen Drüsenschwellungen am Halse, leichtem Fieber (Pest?), beide waren nach wenigen Tagen arbeitsfähig. Ward-boys und Sweepers gingen barfuß, mit oft blutigen Rhagaden an den Fußsohlen, die Hände zeigten oft genug tiefe Einrisse am Nagelfalze. Ein Sweeper ging mit einer nagelgliedgroßen tiefen Rißwunde der Fußsohle seiner Beschäftigung nach, die Schuhe, die wir ihm kauften, trug er nur einen halben Tag, um sie zu schonen. Bedenkt man, daß die unglaublich schmutzigen Sweeper mit rissigen Fingern die Sputum-, Harn- und Stuhlgeschirre mit bloßer Hand reinigten, auf dem beschmutzten Erdboden (die meisten Kranken, nicht bloß delirierende, setzten Sputum, Urin und Stuhl einfach auf dem Erdboden ab) mit bloßen Füßen herumgingen, so erscheint ihr Freibleiben von der Krankheit zum mindesten auffallend.

Ferner war es den Angehörigen der Kranken, um dem Mißtrauen der Natives vor der Krankenhausbehandlung keine Nahrung zu geben, gestattet, jederzeit am Krankenbette sich aufzuhalten. Tagelang oft hockte die Familie, vom Erwachsenen bis zum Kinde, an dem Bette des Kranken, um den Augenblick nicht zu versäumen, die Leiche sofort auf den Verbrennungsplatz zu tragen. Ich habe unzähligemale gesehen, wie der Bubo oder der Pestkarbunkel von Angehörigen oder Besuchern, die ich vor dem Fortgehen nie die Hände waschen sah, immer und immer wieder betastet wurde, wie bei Kranken mit Pestpneumonie die Angehörigen dem mühsam Hustenden das blutige Sputum, eine Reinkultur von Pestbazillen, mit den Fingern aus dem Munde wischten, oder direkt, um dem Kranken Bewegung zu ersparen, mit der Handfläche auffingen. Die Hand wurde entweder am Boden oder an den Kleidern abgewischt. Nie habe ich die Angehörigen sich waschen gesehen; ohne sich zu reinigen, nahmen sie ihre Mahlzeiten zu sich, mit den bloßen Fingern. Und trotzdem soll nach dem offiziellen Berichte des Arthur Road-Hospitales[1]) keiner der — zumeist bloßfüßigen — Besucher, die am Bette eines angehörigen Pestkranken verweilten, erkrankt sein.

Ferner lagen in mehreren Fällen Hindu wochenlang als pestverdächtig mitten unter Pestkranken. Ein Fall von Malaria lag über einen Monat krank, er ging geheilt hinaus. Ein schwachsinniger Hindu lag viele Tage mitten unter Pestkranken, bis er entlassen wurde. Ferner habe ich mehrere Fälle mit typischer kroupöser Pneumonie gesehen, die nach ihrer Erkrankung noch wochenlang im Pestspitale blieben. Sie heilten in einer Luft der Krankenzimmer, die täglich 1- bis 2mal durch das Aufkehren des Bodens, auf welchem Sputum, Urin abgesetzt wurde, Blut bei den Operationen abfloß, mit gewiß nicht unverdächtigem Staub erfüllt war.[2])

Niemals ferner habe ich mich mit auch nur einigermaßen vorhandener Wahrscheinlichkeit überzeugen können, daß von den zahlreichen durch Herumschlagen, Fallen u. dgl. entstandenen großen Hautabschürfungen, die von den Kranken berührt, mit ihren schmutzigen Betten und Bettwäsche in

[1]) Report on the outbreak of bubonic plague in Bombay 1896 bis 1897, a. a. O. S. 212. — [2]) Allerdings wurde der Boden (festgestampfter natürlicher Erdboden) tagsüber wiederholt mit Lösungen von Karbol und Sublimat gesprengt.

Berührung kamen, eine doppelte Infektion, respektive die Entwicklung eines Bubo ausging. Ich selbst habe mir wiederholt an losgerissenen Fasern des Bambusnetzwerkes der Betten, Splittern der Holzwand, tiefe, nicht zu desinfizierende Stichwunden der Finger zugezogen, habe mit von Mosquitostichen übersäten Händen, welche mir in den ersten Tagen des Aufenthaltes die Finger dick aufschwellen machten, gearbeitet, ohne mir die Hände öfters als zweimal, vor dem Verlassen des Krankenhauses, mit Sublimat zu desinfizieren. Da die Hindu bei der Racheninspektion vor dem Zungenspatel sich fürchteten, habe ich zumeist die Zunge mit dem Finger herabgedrückt; ich wurde wiederholt gebissen, zweimal von Fällen mit Rachenbelag. Die Quetschwunden heilten per primam. Da ich ohne Hilfe arbeitete, unsere Wärterin meist vollauf beschäftigt war, war ich gezwungen, um die Lungen rückwärts auskultieren zu können, die aus Schwäche niedersinkenden Schwerkranken mit dem Kopfe zu unterstützen und mit freiem Ohre zu auskultieren. Das Stethoskop habe ich für die Auskultation der Lungen nur in den ersten Tagen gebraucht, später auskultierte ich die Lungen immer mit dem freien Ohre, ohne mich je darauf zu desinfizieren. Ich will noch hinzufügen, daß ich mich von einem Hindu jeden zweiten Tag mit dem von ihm mitgebrachten, nie desinfizierten Messer rasieren ließ."

Irgend einen Schluß zu ziehen aus dem Freibleiben von Personen, die sich direkt der Möglichkeit der Infektion aussetzten, ist natürlich unmöglich, da es sich zweifelsohne in allen von Dr. Müller hier angeführten Fällen um angeborene Immunität handelt. Wie wenig aber solche Erfahrungen uns veranlassen dürfen, die nötige Vorsicht außer acht zu lassen, zeigt ja das traurige Ende des Dr. Müller selbst. Wenn wir seine hochinteressanten Schilderungen dem Wiener Pestberichte gegenüber abgedruckt haben, so geschah es mit der ausgesprochenen Absicht, daß Nichts den Krankenpfleger abhalten dürfe, peinliche Vorsicht zu üben.

Interessante Angaben bringt ein von dem Municipal Health Officer von Bombay, Surgeon Lieut. Col. T. S. Weir in der medizinischen Gesellschaft Bombays gehaltener Vortrag über die Ausbreitung der Pest in Bombay.[1]) Er berichtet von dem auffallenden Freibleiben, wenn nicht Immunität der „Halalkhore", welche die Aborte der „Sweeper", welche die Straßen und Kanäle reinigen. Aber die scheinbare Immunität der Halalkhore und Sweeper, welche in städtischen Gebäuden untergebracht waren, erklärte sich nach Weir durch die guten hygienischen Verhältnisse ihrer Wohnstätten; dieselbe Menschenklasse, in anderen (Hindu-) Häusern wohnend, war der Pest ebenso unterworfen wie die übrige Bevölkerung.

Dieselben Gründe konnte Weir wahrscheinlich machen für das auffallende Freibleiben der „disreputable women", und zwar nicht bloß der im Stadtteile Kamathipura, wo sie sich massenhaft aufhalten, sondern auch der zerstreut in der Stadt wohnenden. Bessere Ventilation, weniger dichte Bevölkerung (in dem Stadtteile Mandvi, wo die Pest zuerst erschien, zählte

[1]) T. S. Weir: Notes on the spread of the plague in Bombay. The Bombay medical and physical society. March 5th 1897, Vol. I. No. 2.

Weir in einem Hause über 600 Inwohner) unterschied die Häuser derselben von den umgebenden.

Anknüpfend an diese lediglich aus mangelnder Vorsicht erfolgten Fälle von Pesterkrankung in Wien und Berlin, soll aus einem anderen Beispiele in Europa gefolgert werden, wie Typhusinfektionen größeren Umfanges, meist aus einer Unachtsamkeit der betreffenden Pflegepersonen entstehen. Wir drucken zu diesem Zwecke den Bericht ab, der die sogenannte Typhusepidemie im Jahre 1903 in einem in jeder Beziehung vorzüglich geleiteten Institute zu Graz betrifft.

Offizieller Bericht über die Typhus-Hausepidemie im Allgemeinen Krankenhause in Graz.

Vom 30. Oktober bis 31. Dezember 1903 sind als Hausinfektionen an Typhus zu verzeichnen:

15 Barmherzige Schwestern
1 Postulantin
1 Wärter
1 Wärterin
2 Magazinsmädchen
2 Bodenreiberinnen
4 Patienten verschiedener Abteilungen

26 Personen zusammen.

Gestorben hiervon sind 2 Schwestern.

Wie die im Laufe der Erkrankungen gepflogenen Erhebungen nahezu mit Bestimmtheit ergeben haben, ist der Anlaß der Hausepidemie darauf zurückzuführen, daß bei der im Monate Oktober von auswärts zugewachsenen und auf der I. mediz. Abteilung in Pflege befindlichen Typhuskranken die mit der Pflege beschäftigten beiden Barmherzigen Schwestern durch ungenügende Reinhaltung, beziehungsweise Unterlassung der nötigen Desinfektion, sich selbst infiziert und wiederum durch Sorglosigkeit und Nichtbeachtung ihres eigenen Krankheitszustandes, besonders zur Zeit, als sie wegen angeblicher Diarrhöe schon im Beginn der Erkrankung sich befanden, durch Kontaktinfektion auf ihre Mitschwestern den Krankheitskeim übertragen hatten.

Die Übertragung der Infektion auf die Patienten und die übrigen Dienstpersonen der Anstalt erfolgte ohne Zweifel während der Inkubationsdauer einzelner Schwestern, innerhalb welcher dieselben schon selbst erkrankt, noch immer im Verkehr mit kranken Dienstleuten standen, dabei aber entschieden ansteckungsfähig waren.

C. Mortalität und Morbidität in der Krankenpflege Englands.

Nur mit großer Schwierigkeit vermochte Herr Dr. Ernst v. Ofenheim in London mir diese hoch interessanten Daten für diesen Abschnitt zu verschaffen, da in der Literatur hierüber nichts zu finden ist, was ganz begreiflich erscheint, wenn man Gelegenheit hatte, sich zu überzeugen, daß auch Spitäler und große öffentliche Wohlfahrtsanstalten über diesen Gegenstand keine genauen Aufzeichnungen besitzen. Abgesehen davon, verhalten sich die meisten Anstalten äußerst reserviert und ablehnend gegenüber jeglichem Verlangen nach Auskunft in diesen Angelegenheiten, geschweige denn, daß sie einem Fremden Einblick in ihre Bücher gewähren würden.

Eine rühmliche Ausnahme hiervon machte die „Royal British Nurses Association", welche mit der größten Bereitwilligkeit Einblick in ihre Geschäftsgebarung bewilligte, allerdings leider ohne damit Anhaltspunkte in betreff der Sterblichkeits- und Krankheitsziffern zu gewähren Denn da die Krankenunterstützung bei dem Unternehmen nicht obligat ist, ferner in vielen Fällen Unterstützungen oft aus anderen Gründen und nicht wegen Krankheit erteilt werden, so läßt sich aus den ausgewiesenen Beträgen keinerlei statistisch verwertbares Material gewinnen.

Somit sind sämtliche Daten und Grundlagen für dieses Kapitel einzig und allein der musterhaften Führung und dem gefälligen Entgegenkommen des „Royal National Pension Fund for Nurses" zu verdanken. Zu ganz besonderem und persönlichen Dank für die bereitwilligst erteilten Auskünfte und für das rege Interesse, welches sie der Ausarbeitung dieses Berichtes entgegenbrachten, ist Dr. v. Ofenheim den Herren Louis H. M. Dick, Sekretär, und Dr. med. George W. Potter, ärztlichem Beirat der genannten Gesellschaft, verpflichtet. Ohne dieselben wäre es ganz unmöglich gewesen, auch nur den allerbescheidensten Beitrag auf dem Gebiete der Morbidität und Mortalität zu liefern. Freilich umfassen die folgenden Statistiken und Tabellen infolgedessen nur einen sehr kleinen Bruchteil der in Verwendung stehenden Pflegerinnen, nämlich nur derjenigen, welche bei dem genannten Institute (das der Kürze halber in den weiteren Auseinandersetzungen bloß mit R. N. P. F. f N. bezeichnet wird) versichert sind, aber es dürften sich aus diesem kleinen Prozentsatze mancherlei Schlüsse auf das Ganze ziehen lassen, besonders da das Gebotene an Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit der Angaben wenig zu wünschen übrig läßt. Wenn auch noch Vergleiche mit den Statistiken dieses Berufes in anderen Ländern zu Hilfe genommen werden, so wird das vorliegende Material immerhin einigen Wert erhalten. Wenn die Zunahme der Mitgliederzahl dauernd in demselben Maße wächst, wie dies seit dem relativ kurzen Bestande des Unternehmens der Fall war, dann ist zu erwarten, daß der „R. N. P. F. f. N." in 30 bis 40 Jahren über die vollständigsten und umfassendsten statistischen Daten verfügen wird, die man nur wünschen kann, um so mehr als man an leitender Stelle schmeichelhafterweise versicherte, daß die Nachforschungen Dr. v. Ofenheims Anlaß gegeben hätten, in Zukunft der Wichtigkeit der

Statistik in noch umfassenderer und eingehenderer Weise Rechnung zu tragen als bisher.

Um zur Sache selbst zu kommen, so werden wir uns unter Hinweis auf die Tabellen I A., B., C., D., E. und II siehe S. 213 ff., kurz fassen können. Aus den Morbiditätstabellen geht ohneweiters hervor, daß die Zahl der Erkrankungen eine außerordentlich große war, da dieselbe im Jahre 1902 20·31 Prozent betrug und im Quinquennium von 1898 bis 1902 im Durchschnitt 21·04 Prozent. Wenn man nun die Krankheitsursachen ins Auge faßt (Tabelle I A., B., C.), so fällt einem sofort das starke Überwiegen der akuten Infektionskrankheiten auf, die mit ihren 32·42 Prozent (1902), beziehungsweise 37·3 Prozent (Quinquennium) ein Drittel sämtlicher Erkrankungen oder sogar mehr als das ausmachen. Hierbei sei ausdrücklich bemerkt, daß die Tuberkulose unter diesen Infektionskrankheiten nicht aufgenommen ist. Wie von kompetenter Seite versichert wurde (Dr. Potter), so rekrutiert sich die Zahl der Fälle von akuten Infektionskrankheiten (die leider bisher nicht näher spezifiziert wurden) aus Typhus, Influenza, Scharlach, Diphtheritis, Angina, Blattern, Masern. Daß der Unterleibstyphus das größte Kontingent hierbei stellt, findet seine Bestätigung auch in Tabelle II, in welcher 10·19 Prozent aller Todesfälle im Quinquennium auf diese Infektion entfallen, während Angina nur 0·93 Prozent, Influenza 1·85 Prozent und Mumps 0·93 Prozent lieferten, und alle übrigen Infektionen gar nicht verzeichnet erscheinen, was wohl als Beweis guter und rechtzeitiger Behandlung der Patientinnen, rationellen Verhaltens und umsichtiger Pflege dienen mag.

Sehr interessant, und vielleicht eine für die neueste Ansicht Behrings sprechende Tatsache ist es, daß der auf Tuberkulose entfallende Prozentsatz ein sehr kleiner ist. Von den „Erkrankungen der Respirationsorgane", in denen die Tuberkulose inbegriffen ist, entfallen kaum 10 Prozent auf sie, während die übrigen 90 Prozent der Krankheiten der Luftwege auf Lungenentzündung. Bronchitis, Kehlkopfkatarrh etc. zurückzuführen sind, was auch mit der größeren Anzahl der Erkrankungen in den für die Luftwege ungünstigsten Jahreszeiten übereinstimmt (siehe Tabelle I A. und C.), nämlich mit der Zunahme derselben im Winter und Frühjahre. Während in den Monaten Januar bis Mai und Dezember 21 Neuerkrankungen der Respirationswege stattfanden (1902), war in den Monaten Juni bis November keine einzige solche zu verzeichnen. Dagegen ließe sich wohl einwenden, daß auch die Infektionskrankheiten in den genannten Monaten eine wesentliche Vermehrung erfuhren, was sich aber aus der Zunahme der Fälle von Influenza, die meist in diesen Jahreszeiten herrscht, sowie aus den sogenannten Influenza-Pneumonien erklärt. Daß auch noch andere Faktoren für die Zunahme epidemischer und endemischer Krankheiten in der kalten Jahreszeit maßgebend sind, wie z. B. mangelhafte Lüftung, Mangel an Sonnenlicht etc., ist ja allgemein bekannt, und würden eingehendere Betrachtungen hierüber zu weit ins Gebiet der Hygiene führen. Die Abnahme der Krankheitsziffern in den Sommermonaten dürfte aber wohl auch darin eine teilweise Begründung finden, daß die Ferien und Er-

holungswochen der meisten Pflegerinnen in diese Jahreszeit fallen, was sowohl die Zahl der effektiven Erkrankungen vermindern dürfte, als auch Anlaß dazu gibt, leichteres Unwohlsein von seiten der Pflegerinnen zu verheimlichen, um dadurch keine Einschränkung des so heiß ersehnten Urlaubs zu erleiden. Zu dieser Idee verleitet die höchst auffallende Tatsache daß gerade der Monat August, in welchen die Ferien der allermeisten Pflegerinnen fallen, eine so krasse Abnahme der Krankheitsfälle zeigt.

Um auf die so interessante und aktuelle Frage der Tuberkulose zurückzukommen, sei der gewiß sehr maßgebenden Ansicht Dr. Potters Erwähnung getan, der fast sämtliche angeführte Fälle selbst zu untersuchen Gelegenheit hatte. In fast allen Fällen von Tuberkulose, welche unter den dem R. N. P. F. f. N. angehörigen Pflegerinnen vorkamen, konnte er entweder hereditäre Belastung mit deutlich phthisischem Habitus oder sogar Spuren bereits in der Kindheit oder frühester Jugend durchgemachter Anfälle dieses Leidens, wie skrophulöse Narben, Drüsen etc. nachweisen, so daß der neuerliche Ausbruch der Krankheit nicht auf eine unmittelbar vorangegangene Neuinfektion zurückgeführt werden konnte. Er erinnert sich eines einzigen Falles, in welchem eine scheinbar vorher ganz gesunde und kräftige Person nach einer mehrwöchentlichen Pflege eines schwer tuberkulösen Patienten, mit welchem sie im selben Zimmer schlafen mußte, kurz darauf an Lungentuberkulose erkrankte. Gegen diese Ansicht, daß nämlich die Krankenpflegerinnen nicht nur nicht **mehr** der Gefahr der Tuberkulose ausgesetzt sind, als andere Personen derselben Gesellschaftsklasse, sondern im Gegenteile von derselben sogar in geringerer Menge befallen werden, eine Ansicht, die Dr. Potter hier mit mehreren auf diesem Gebiete wohlorientierten Persönlichkeiten teilt, scheinen die in Tabelle I E. und II angeführten Zahlen zu sprechen. Genau betrachtet ist dies aber keineswegs der Fall. Denn, wenn in erstgenannter Tabelle der „chronischen Fälle" die „Phthise" auch 20 Prozent sämtlicher Fälle ausmacht, so ist einerseits zu berücksichtigen, daß das hier angeführte Material ein äußerst beschränktes ist, indem die chronischen Fälle nur 0·107 Prozent sämtlicher versicherter Pflegerinnen ausmachen und somit die dauernd wegen Tuberkulose dienstuntauglichen Pflegerinnen nur 0·021 Prozent des Gesamtstatus betragen; anderseits ist in Betracht zu ziehen, daß, trotzdem die Tuberkulose eine chronische Krankheit par excellence ist, sie den chronischen Fällen von Herzerkrankungen und von Krankheiten des Zentralnervensystems, die beide mit je 26·67 Prozent figurieren, nachsteht, was in vielen anderen Berufsarten gerade umgekehrt der Fall ist. Dasselbe gilt von der Mortalität, indem auch hier die Lungentuberkulose dem Prozentsatze nach erst an dritter Stelle zu stehen kommt (die „unbekannten Ursachen" natürlich ausgenommen), nämlich hinter Typhus, der mit 10·19 Prozent an erster Stelle steht, und hinter den Herzkrankheiten mit 8·33 Prozent. Die Todesfälle an Tuberkulose betragen unter den in Rechnung gezogenen Pflegerinnen nur 5·56 Prozent, während sich dieselben in der Bevölkerung Londons auf 14·9 Prozent und in manchen Bezirken sogar auf 16·8 Prozent

belaufen. Bei Betrachtung des großen Unterschiedes zwischen den Angaben der Morbiditäts- und Mortalitätstabellen in diesem Punkte darf auch nicht vergessen werden, daß ja die meisten der übrigen Respirationskrankheiten — wenn man sie so nennen darf — in den größtenteils kräftigen und jugendlichen Organismen der Pflegerinnen bald zur Heilung gebracht werden können, während die tuberkulösen Fälle übrig bleiben, die entweder im akuten Anfalle oder bei einem späteren Aufflackern des lange latent gebliebenen Leidens zugrunde gehen, ohne daß eine Neuinfektion durch Patienten vorliegen müßte, oder auch nur angenommen zu werden brauchte. Daraus scheint hervorzugehen, daß die Gefahr des Krankenpflegerberufes in England nicht sowohl in tuberkulöser Infektion, als vielmehr in den akuten Infektionskrankheiten zu suchen ist.

Was nun die Dauer der Krankheiten anbelangt, so ist aus Tabelle I D. E. zu ersehen, daß auf jede einzelne der versicherten Pflegerinnen durchschnittlich jährlich 1·69 Wochen oder zirka 12 Krankheitstage entfallen. Es bedeutet dies einen jährlichen Durchschnitt von 2344·4 Krankheitswochen, von denen der größte Teil, nämlich 22·56 Prozent, auf Erkrankungen in der Dauer von 5 bis 10 Wochen entfällt. Dies entspricht wieder höchst auffallend der durchschnittlichen Dauer der meisten akuten Infektionskrankheiten (inklusive der Rekonvaleszenz). An zweiter Stelle stehen die zweiwöchentlichen Erkrankungen mit 17·11 Prozent, was den zahlreichen leichten Katarrhen, Verdauungsstörungen u. dgl. zuzuschreiben sein dürfte. Sehr interessant in bezug auf die Krankheitsdauer sind die Berichte des Statistikers Mr. Geo King F. J. A., welche ebenso deutlich wie die von mir zusammengestellten Tabellen zeigen, daß die Krankheitsziffern im Pflegerinnenstande hohe sind, was er durch den Vergleich mit anderen Tabellen erhärtet. Wenn seine Zahl der Krankheitswochen von der hier berechneten um einen kleinen Bruchteil differiert, so dürfte dies seine Erklärung dadurch finden, daß seine Aufstellung die genauere ist, indem uns nicht alle jene Daten zur Verfügung standen, die er zur Hand hatte, und wir wiederholt gezwungen waren, statt fehlender exakter Zahlen das arithmetische Mittel in Rechnung zu stellen. Es ist daher eher zu verwundern, daß die Differenz eine so geringe ist. Nach den Aufstellungen der im Versicherungswesen in England maßgebenden „Manchester Unity Experience" (Einheitserfahrung) wären in dem 1902 abgelaufenen Quinquennium auf die Zahl der versicherten Pflegerinnen 7725 Krankheitswochen zu erwarten gewesen, eine Zahl, welche von den tatsächlich ausbezahlten 11.516 Krankheitswochen um nicht weniger als 49·07 Prozent übertroffen wird. Somit betrug die Krankheitsdauer als Ganzes genommen fast das Doppelte des Erwarteten. Vor einigen Jahren hat die Regierung Krankheitsstatistiken für arbeitende Frauen veröffentlicht, deren Daten aus den Büchern verschiedener Hilfs- und Unterstützungs-Gesellschaften gewonnen wurden, und welche eine größere Quote an Krankheit ausweisen, als irgend eine andere Zusammenstellung diesseits oder jenseits des Ozeans. Nach diesen Tabellen hätte die Zahl der für uns in Frage kommenden Krankheitswochen 10.748 betragen sollen, so daß also dieser hohe Voranschlag

von der Wirklichkeit noch um 7·15 Prozent übertroffen wurde. Daß diese hohe Krankheitsziffer, die aber auch schon in gleicher Weise in den früheren Quinquennien zutage trat, von einschneidendster Bedeutung für den geschäftlichen Teil des Unternehmens ist, liegt auf der Hand. Während nach den „Manchester Unity"-Tabellen zu erwarten stand, daß Krankengelder in der Höhe von 4984 £ (= 119616 *K*) auszuzahlen sein würden, und nach den Regierungstabellen (Friendly Societies Tables) 6955 £ (= 166920 *K*), so beträgt die de facto ausgezahle Summe 7429 £ (= 178296 *K*). Es entfielen somit im Jahre 1902 pro Kopf 6 £ 3 s. 6 d. (= 147 *K* 66 *h*) im Vergleich zum Jahre 1898, in welchem bloß 5 £ 3 d (= 120 *K* 30 *h*) auf eine Pflegerin kamen. Eine schwere Last sind allerdings die chronischen Fälle (Tabelle I E.), auf welche allein von den im Jahre 1902 ausbezahlten 1568 £ (= 37632 *K*) nicht weniger als 523 £ (= 12452 *K*) entfielen. Nach Abrechnung dieser hätte die Kopfrate bloß 4 £ 7 s. 5 d. (= 104 *K* 90 *h*) betragen. Unter diesen ungünstigen Umständen sah sich die Generalversammlung schon im Jahre 1898 veranlaßt, den Krankenversicherungsfonds aus dem Reservefonds um 2300 £ (= 55200 *K*) zu verstärken, um auf diese Weise dem in dem letzten Quinquennium aufzuweisenden Verluste von 225 £ (= 5400 *K*) erfolgreich begegnen zu können, da nicht weniger als 96 Prozent der Versicherungsprämien an Krankengeldern ausbezahlt wurde.

Trotzdem wir durch Anführung dieser rein geschäftlichen Fragen etwas vom eigentlichen Thema abgewichen sind, so glaubten wir doch, dieselben besprechen zu sollen, da hierdurch ein Licht auf die hohe Morbidität und auf die Notwendigkeit einer praktischen und ausgiebigen Versicherungsform in dieser Richtung geworfen wird.

Wenn wir nun auf die Mortalität zu sprechen kommen, so sei erinnert, daß einige Punkte derselben schon weiter oben behandelt wurden. Im ganzen betrachtet, ist die Zahl der Todesfälle unter den Pflegerinnen eine äußerst niedere und beträgt durchschnittlich im Jahre 0·385 Prozent (siehe Tabelle II). Hierbei ist noch zu beachten, daß viele von den versicherten Pflegerinnen den südafrikanischen Feldzug mitgemacht haben, und auch eine ganze Reihe von ihnen demselben zum Opfer gefallen sind. Von den 12 Pflegerinnen, die während der letzten 5 Jahre dem Kriegsdienste erlegen sind, starben 4 an Typhus, 3 an Dysentrie, 1 an Bauchfellentzündung, 1 an Herzfehler und 3 an unbekannten Ursachen. Wenn man nun auch nicht rundweg annehmen darf, daß alle diese Pflegerinnen noch leben würden, wenn es keinen Krieg gegeben hätte, so besteht doch eine große Wahrscheinlichkeit, daß manche von ihnen verschont geblieben wäre, was die Todesfälle noch mehr verringert hätte. Der Krieg ist auch wohl die Hauptursache des Ansteigens der Todesfälle von 0·231 Prozent im Jahre 1898 auf 0·574 Prozent im Jahre 1902, da im Jahre 1898 und 1899 keine, im Jahre 1900 3, im Jahre 1901 3 und im Jahre 1902 6 Pflegerinnen in Südafrika umgekommen sind. Ein weiteres Moment, welches, wenn auch in weit geringerem Maße, beim Ansteigen der Todesziffern mitwirkt, ist das zunehmende Alter der ersten pen-

sionsberechtigten Pflegerinnen. Dieses Verhältnis wird erst ein konstantes und natürliches werden, wenn die ältesten Mitglieder gestorben sein werden und Zuwachs und Abgang sich das Gleichgewicht halten. So wie die Morbidität eine weitaus höhere ist, als zu erwarten stand, so ist die Mortalität eine viel niederere, als man anzunehmen berechtigt schien. Nach den Lebensrenten-Tabellen berechnete man die Zahl der Todesfälle unter den bereits im Genusse der Pension stehenden Pflegerinnen mit 32 im abgelaufenen Quinquennium, statt dessen wurden jedoch nur 19 vom Tode ereilt. Unter den gegen Krankheit versicherten Mitgliedern hätten, entsprechend den von der Regierung publizierten Annuitäten-Tabellen, 70 sterben sollen, während in Wirklichkeit nur 21 mit Tod abgingen. Es ist klar, daß die geringe Sterblichkeit ebenso ungünstig auf das Budget des Unternehmens einwirkt, wie die große Zahl der Erkrankungen. So hatte man z. B. zu Beginn des verflossenen Quinquenniums auf ein Aufhören von Pensionsbezügen infolge Ablebens in der Höhe von 377 £ (= 8048 *K*) gerechnet, wo hingegen es sich nunmehr herausstellte, daß bloß 193 £ (= 4632 *K*) durch den Tod von Pensionärinnen frei wurden. Um so mehr verdient es Anerkennung und desto bewundernswerter ist es, daß es der Verwaltung des R. N. P. F f. N. trotz dieser für die Geschäftsgebarung ungünstigen Konstellation gelungen ist, einen verhältnismäßig außerordentlich günstigen Jahresabschluß zu erzielen, wie aus Kontokorrent und Jahresbericht des Institutes deutlich hervorgeht.

Nach dem Gesagten drängt sich sofort von selbst die Frage auf, wie das Zusammentreffen einer so hohen Morbidität mit einer so niederen Mortalität in einem Berufe zu erklären sei, der durch den steten Kontakt seiner Mitglieder mit infektiösen Stoffen aller Art, sowie durch einen höchst anstrengenden und alle moralischen und physischen Kräfte in Anspruch nehmenden Dienst, doch unleugbar mehr und größere Gefahren in sich bergen sollte, als die meisten anderen Berufsarten, die Frauen zugänglich sind. Es dürften wohl mannigfache Gründe zur Erklärung dieser Tatsache zu finden sein und es sei versucht, einige derselben, und zwar die nächstliegenden, hier anzuführen. Für die hohe Zahl der Erkrankungen bedarf es wohl keiner besseren Begründung als eines Blickes auf die betreffenden Tabellen, die mit ihren hohen Ziffern in der Rubrik „Infektionskrankheiten" eine nur allzu beredte Sprache führen, und der Umstand, daß auf diese Weise mehr als ein Drittel sämtlicher Erkrankungen zurückzuführen ist, schließt wohl jeden weiteren Zweifel in dieser Richtung aus. Die große Zahl der Herzerkrankungen mag eine Bekräftigung der Annahme sein, daß die Pflegerinnen am stärksten unter den infektiösen Krankheiten leiden, da ja doch die große Mehrzahl aller Herzfehler auf durchgemachte akute Infektionen, wie Scharlach, Diphtheritis, Masern, Typhus etc. zurückzuführen ist (von Gelenksrheumatismus, der noch immer eine zweifelhafte Stellung innehat, wenngleich er nachgewiesenermaßen „infektiös", wenn auch nicht „contagiös" ist, abgesehen).

Nicht so ohne weiteres erklärt sich die Frage, weshalb trotz dieser vielfachen Gefahren und der großen Menge von Krankheiten, denen das Pflege-

personal ausgesetzt ist, die Sterblichkeit eine so auffallend geringe ist. Vor allem dürfte hierbei die strenge ärztliche Untersuchung, welche der Zulassung zur Ausbildung vorangeht, von Einfluß sein. Der Wert der Auslese, die hierbei stattfindet, kann wohl kaum überschätzt werden, da die Spitäler schon durch den großen Andrang, der zum Pflegerinnenberuf stattfindet, gezwungen sind, auf das rigoroseste in dieser Richtung vorzugehen. Es werden hierdurch nicht nur alle jene von diesem Berufe fernegehalten, die irgend welche Spuren hereditärer Belastung aufweisen (Syphilis, Tuberkulose, Epilepsie etc.) oder selber Krankheiten akquiriert haben, die eine dauernde Herabsetzung der Widerstandskraft des Organismus oder die Gefahr von Rezidiven involvieren, sondern auch alle jene, welche durch Schwächlichkeit, Blutarmut etc. voraussichtlich den schweren Dienst der Krankenpflege nicht aushalten würden. Daß Dr. Potter trotzdem in der Lage war, in den meisten Fällen von Tuberkulose Zeichen früheren Vorhandenseins dieser Krankheit nachzuweisen, steht hiermit keineswegs in Widerspruch, sondern beweist nur, daß es leider noch immer Ärzte gibt, die ihren Beruf allzuleicht nehmen, sich mit einer oberflächlichen Untersuchung begnügen, oder den vorhandenen Zeichen tuberkulöser Belastung noch immer nicht jene Bedeutung beimessen, die ihnen zukommt. Daß aber die Zahl der tuberkulösen Erkrankungen eine so außerordentlich geringe ist, spricht nicht nur einerseits dafür, daß die Infektionsgefahr gerade der Tuberkulose keine so eminente ist, wie vielfach angenommen wird, sondern beweist vielleicht noch in höherem Grade, einen wie großen Einfluß bei dieser Krankheitsform die erbliche Belastung respektive die Jugendinfektion hat, und daß bei einer gewissenhaften Selektion die weitaus größere Mehrzahl der zur Tuberkulose neigenden Individuen vom Krankenpflegedienste fernegehalten werden kann und soll.

Eine engere Auswahl findet dann noch in England während der Probemonate statt, in welcher Zeit noch eine ganze Reihe von Kandidatinnen ausgeschieden wird, welche sich entweder selbst den an sie gestellten Anforderungen nicht gewachsen fühlen oder von der Anstalt als nicht brauchbar entlassen werden. Somit wird dem Pflegedienste im großen und ganzen nur ein kräftiges, gesundes und widerstandsfähiges Material zugeführt, welches später auftretende Krankheiten natürlich leichter und besser zu überwinden vermag, als die Angehörigen anderer Berufsstände, bei denen keine so sorgfältige Auswahl in bezug auf körperliche Eignung stattfindet.

Sind somit schon die Vorbedingungen gegeben für lange Lebensdauer, so sind doch auch die erhaltenden Momente keineswegs zu unterschätzen. Die gute und reichliche Nahrung, welcher sich die meisten Pflegerinnen erfreuen (wir denken hierbei an die in den Spitälern angestellten), das regelmäßige Leben, die — zumeist — ausgiebige Versorgung, die häufigen freien Stunden und der alljährliche mehrwöchentliche Urlaub, der meist auf dem Lande verbracht wird, das alles bringt es mit sich, daß das „Gesundheitsniveau" der englischen „Nurses" ein höheres ist als das der meisten übrigen Frauen derselben Gesellschaftsklasse, und

daß sie, — um einen volkstümlichen Ausdruck zu gebrauchen — wenn die Notwendigkeit an sie herantritt, gesundheitlich mehr „zuzusetzen" haben, als andere arbeitende Frauen.

Wird in dieser Weise in normalen Zeiten schon für eine Aufstapelung von möglichst viel Kapital an gesundheitlicher Widerstandskraft gesorgt, so wird im Augenblicke der Gefahr — in der Krankheit — alles aufgeboten, um derselben erfolgreich zu begegnen, und es werden alle Waffen sofort ins Feld geführt, die uns die Wissenschaft gegen den grimmen Feind bietet. Jeder, der Gelegenheit hatte zu beobachten, welch großer Prozentsatz von Kranken erst dann ins Spital oder zum Arzt kommt, wenn es „zu spät" ist, wird den Nachdruck verstehen, den wir auf das „sofort" im vorigen Satze legen. In den allermeisten, wenigstens den größeren Spitälern ist die Pflege, die den erkrankten Angehörigen zu teil wird, die allervorzüglichste; der beste Arzt des Institutes übernimmt die Behandlung, in allen unerwarteten Zwischenfällen und kritischen Momenten ist der diensthabende Arzt bei Tag und Nacht zur Hand, Medikamente, Instrumente, kurz alle Hilfsmittel moderner Behandlung und Pflege stehen jeden Augenblick zur Verfügung, und in allen schwereren Fällen wird der erkrankten Pflegerin eine besondere Schwester zugeteilt. Dieser ganze vom ersten Augenblicke der Erkrankung an unter fachkundiger Leitung funktionierende Apparat bringt natürlich bessere Heilungsbedingungen mit sich, als dies bei der großen Masse anderer Kranken der Fall ist, und zeitigt daher auch bessere Resultate.

Neben diesen „äußeren" Bedingungen möchten wir aber noch „innere" nennen, welche gewiß in nicht geringerem Grade zur „Langlebigkeit" des Pflegerinnenstandes beitragen. Die wichtigste von diesen dürfte wohl ihre eigene hygienische Schulung und medizinische Ausbildung sein. Nicht nur, daß ihr die Prinzipien der Asepsis und Antisepsis geläufig sind, daß sie mit vielen hygienischen Präventivmaßregeln vertraut ist, die Schädlichkeit und Nützlichkeit verschiedener Speisen und Getränke kennt, was, oft unbewußt, Einfluß auf ihre Lebensführung gewinnt, sondern sie erhält im Laufe ihrer Praxis auch gewisse therapeutische und diagnostische Kenntnisse, die ihr in vielen Fällen das frühe Erkennen und die rechtzeitige Bekämpfung einer bei ihr zum Ausbruch kommenden Krankheit ermöglichen. Schließlich wird sie aber auch die Vorschriften des Arztes — dank ihrer Erfahrung — genauer und im Sinne der Anordnung richtiger befolgen, als dies gewöhnlich bei Laien der Fall ist, sie wird sich in Momenten, in denen sofortige Hilfe nötig ist (z. B. bei starken Blutungen) selbst zu helfen wissen und ihre Ruhe bewahren. Endlich werden Pflegerinnen gegen nötige chirurgische Eingriffe und Operationen, da sie an deren Anblick gewöhnt sind, selten jenen Widerstand entwickeln, dem man in der Laienwelt nur noch allzuoft begegnet, indem selbst bei den gebildeten Ständen der Operationstisch fast immer noch als Schlachtbank betrachtet wird. Alle diese „inneren" Gründe behalten auch bei der Privatpflegerin, die keinem Spitalsverbande angehört, ihre Giltigkeit, ja, kommen bei dieser vielleicht manchmal noch in höherem Maße zum Ausdrucke.

Tabelle I A.

Morbidität (Neuerkrankungen)

der beim „Royal National Pension Fund for Nurses" gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen im Jahre 1902.

a)	1	2 [1]	3 [2]	4 [3]	5 [4]	6	7	8 [5]	9 [6]	10	11 [7]	12 [8]	13 [9]	14	15 [10]	16
b)	Zahl der einzelnen Neuerkrankung. in den Monaten	Krankheitsursache: Unfälle und Operationen	Funktion. Nervenkrankh.	Organische Nervenkrankheiten	Krankh. d. Respirationsorgane	Krankheiten des Zirkulationsapparates	Krankheiten des Verdauungstraktes	Krankheiten des Harn- u. Geschlechtsapparates	Krankh. der Knochen, Muskeln und Gelenke	Krankh. der Haut und der Sinnesorgane	Akute Infektionskrankh.	Allgemeinerkrankungen	Krankh., d. in keine der angef. Gruppen eingereiht werden konnten	Summe	1364 ist die Durchschnittssumme sämtlicher im Jahre 1902 versicherter Pflegerinnen.	Die in jedem Monate erfolgte Zahl von Erkrankungen in Prozenten von allen Krankheitsfällen ausgedrückt
c)	Überträge	4	7	2	4	10	4	2	2	1	8	4	0	48		17·33
d)	Januar	2	0	0	2	0	1	0	0	0	12	3	3	23		8·30
e)	Februar	1	0	0	6	1	0	0	1	4	11	5	3	32		11·55
f)	März	2	0	0	3	1	1	0	0	1	12	3	5	28		10·11
g	April	1	0	0	4	0	2	1	0	1	4	2	0	15		5·42
h)	Mai	3	3	0	1	1	2	0	2	1	5	0	0	18		6·50
i)	Juni	2	0	0	0	0	0	1	0	4	4	2	0	13		4·69
k)	Juli	2	1	0	0	1	2	1	1	0	4	3	0	15		5·42
l)	August	0	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	8		2·89
m)	Sept.	4	2	0	0	1	2	3	0	1	1	1	1	16		5·78
n)	Oktober	3	3	0	0	0	5	0	0	0	9	2	0	22		7·94
o)	Nov.	3	1	0	0	1	2	0	1	2	10	2	1	23		8·30
p)	Dez.	3	1	0	1	1	0	0	0	1	9	0	0	16		5·78
q)	**Summe**	**30**	**19**	**2**	**21**	**17**	**22**	**9**	**9**	**17**	**90**	**28**	**13**	**277**	**23·08**	**20·31%** [11]
r)	Die einzeln. Krankheitsursachen in Prozenten sämtl. Erkrankungen ausgedrückt	10·85%	6·86	0·72	7·58	6·14	7·94	3·24	3·24	6·14	32·42	10·11	4·69	—	Erkrankgn. entfallen durchschn. auf einen Monat	von sämtlichen Pflegerinnen sind erkrankt

[1]) Unter den „Operationen" in dieser Rubrik sind nicht nur jene verstanden, die auf Unfälle folgten, sondern überhaupt alle chirurgischen Eingriffe, die vorgenommen werden mußten. — [2]) In diese Rubrik sind unter anderem Epilepsie, Neurasthenie und Hysterie einzureihen. — [3]) Unter dieser Rubrik erscheinen alle jene Nervenkrankheiten, die eine pathologisch-anatomisch nachweisbare Ursache haben. — [4]) Außer Bronchitis, Lungenentzündung, Kehlkopfleiden etc. ist in diese Rubrik auch die Kehlkopf- und Lungentuberkulose eingereiht. — [5]) In dieser Rubrik erscheinen auch alle Fälle von Nierenerkrankungen. — [6]) Rheumatismus und Gicht wurden hier eingerechnet. — [7]) Außer den allgemeinen Infektionskrankheiten (Influenza, Masern, Scharlach, Blattern etc.) werden auch Typhus und Diphtheritis hier beigezählt. — [8]) Unter den hier aufgezählten befinden sich nicht nur Diabetes, alle Formen von Anämie und Leukämie etc., sondern auch akute Miliartuberkulose. — [9]) Hierunter sind nicht nur alle jene Zustände verstanden, die sich sonst nirgends gut einreihen ließen, wie allgemeine Schwäche etc., sondern auch jene, die nicht genau diagnostiziert werden konnten. — [10]) Es kann nur die Durchschnittssumme des Jahres angegeben werden, da die Zahl täglich wechselt. — [11]) Diese Zahl bedeutet das prozentuale Verhältnis der Erkrankungen (Rubrik 14 *q*) zur Gesamtzahl der versicherten Pflegerinnen (Rubrik 15 *b*).

Tabelle I B.

Morbidität

der beim „Royal National Pension Fund for Nurses" gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen in den Jahren 1898 bis 1902.

Nach Krankheiten geordnet:

a)	1	2[1]	3[2]	4[3]	5[4]	6[5]	7	8	9[6]	10[7]	11	12[8]	13[9]	14[10]	15
b)	Jahreszahl	Zahl der versicherten Pflegerinnen	Art der Erkrankung: Unfälle und Operationen	Funktionelle Nervenerkrankungen	Organische Nervenerkrankungen	Krankheiten der Respirationsorgane	Krankheiten des Zirkulationsapparates	Krankheiten des Verdauungstraktes	Krankheiten d. Harn- u. Geschlechtsorgane	Krankh. d. Knochen, Muskeln u. Gelenke	Krankh. der Haut u. der Sinnesorgane	Akute Infektionskrankheiten	Allgemeinerkrankgn.	Krankheiten, die in keine der angeführten Gruppen eingereiht werden konnten	Summe
c)	1898	1415	27	24	5	25	24	24	9	13	6	130	38	0	325
d)	1899	1417	11	24	3	17	11	21	10	22	11	115	30	0	275
e)	1900	1397	27	18	2	24	19	28	8	10	12	108	26	9	291
f)	1901	1388	25	17	3	24	26	28	8	19	10	105	31	5	301
g)	1902	1364	30	19	2	21	17	22	9	9	17	90	28	13	277
h)	**Summe**	**1396·2** Durchschn.	**120**	**102**	**15**	**111**	**97**	**123**	**44**	**73**	**56**	**548**	**153**	**27**	**1469**
i)	Die einzelnen Krankheitsarten in Prozenten sämtlicher Krankheitsfälle ausgedrückt		8·17	6·94	1·02	7·56	6·60	8·37	2·99	4·97	3·81	37·30	10·42	1·84	293·8 Durchschn.

[1]) Gibt die Durchschnittszahlen der in den einzelnen Jahren versicherten Pflegerinnen an, da die Zahl derselben täglich wechselt. Diese Rubrik gilt auch für Tabelle I C.

Zur Erklärung von [2]), [3]), [4]), [5]), [6]), [7]), [8]), [9]), [10]), vgl. Tabelle I A. Anmerkung [2]) bis [10])

Tabelle I C.

Morbidität

der beim „Royal National Pension Fund for Nurses" gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen in den Jahren 1898 bis 1902.

a	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30[1]	31[2]
b	Jahreszahl	Übertrag	Neuerkrankungen im Monate: Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe	Die Erkrankungen in den einzelnen Jahren in Prozenten der versicherten Pflegerinnen
c)	1898	45	31	29	31	18	20	32	12	19	19	18	25	26	325	22·97%
d)	1899	41	20	20	23	17	22	24	16	13	20	14	14	31	275	19·41%
e)	1900	37	55	29	25	19	16	10	14	12	14	13	22	25	291	20·83%
f)	1901	38	25	33	31	32	17	14	15	16	14	19	20	27	301	21·69%
g)	1902	48	23	32	28	15	18	13	15	8	16	22	23	16	277	20·31%
h)	Summe	209	154	143	138	101	93	93	72	68	83	86	104	125	1469	
i)	Die Erkrankgn. d. einzel. Monate in Proz. der Gesamterkrankgn.	14·23	10·48	9·73	9·33	6·87	6·33	6·33	4·90	4·63	5·65	5·85	7·08	8·51	293·8 Durchschnitt	21·04[3] Durchsch. in Prozent.

[1]) Die in dieser Rubrik stehenden Zahlen sind natürlich identisch mit jenen der Rubrik 15 in Tabelle I B.: und die in 30 *g* stehende auch mit jener in Rubrik 14 *q* der Tabelle I A. Die Zahl in 30 *i* bedeutet die durchschnittlich in einem Jahre erkrankten Pflegerinnen.

[2]) Diese Zahlen zeigen das prozentuale Verhältnis der Erkrankungen zur Gesamtzahl der versicherten Pflegerinnen, also zwischen Rubrik 30 (beziehungsweise 15) und Rubrik 2 in Tabelle I B. Somit gilt diese Rubrik auch für Tabelle I B.

[3]) bedeutet den durchschnittlichen jährlichen Prozentsatz an Erkrankungen, gefunden aus Rubrik 30 *i* und Rubrik 2 *h* in Tabelle B.

Tabelle I D.

Morbidität (Krankheitsdauer)

der beim „Royal National Pension Fund for Nurses" gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen in den Jahren 1898 bis 1902.

Zahl der Erkrankungen nach der Dauer derselben geordnet:

a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 [2])
b)	Jahreszahl	Zahl der versicherten Pflegerinnen	Zahl der Pflegerinnen, welche Krankengeld bezogen haben in der Dauer von											Summe	Zahl der Krankheitswochen, die auf eine Pflegerin durchschnittlich entfallen
			53 Wochen	52 Wochen	40 bis 50 Wochen	30 bis 40 Wochen	20 bis 30 Wochen	10 bis 20 Wochen	5 bis 10 Wochen	4 Wochen	3 Wochen	2 Wochen	1 Woche		
c)	1898	1415	2	2	3	4	18	28	71	36	39	46	47	296	1·62
d)	1899	1417	1	6	4	4	4	34	57	24	34	42	36	246	1·44
e)	1900	1397	4	5	2	7	2	39	55	30	39	45	29	257	1·57
f)	1901	1388	2	12	4	4	19	23	59	30	23	52	40	268	1·91
g)	1902	1364	3	12	1	6	12	31	56	27	30	41	35	254	1·86
h)	**Summe**	**1396·2** [1])	**12**	**37**	**14**	**25**	**55**	**155**	**298**	**147**	**165**	**226**	**187**	**1321**	**1·69** Durchsch.
i)	Die einzelnen Krankheitsfälle nach ihrer Dauer in Prozenten der Gesamtsumme ausgedrückt		0·91	2·8	1·06	1·89	4·16	11·73	22·56	11·13	12·49	17·11	14·16	**264·2** Durchschnitt	Durchsch. d. jährlich ausbezahlt Krankheitswochen: 2344·4

[1]) Diese Zahl ist das arithmetische Mittel aus den Zahlen der in den einzelnen Jahren versicherten Pflegerinnen.

[2]) Die in dieser Rubrik stehenden Zahlen wurden auf folgende Weise gefunden: Jede der in den Rubriken 3 bis 13 stehenden Zahlen (bis zur Querrubrik *g*) wurde mit der auf dieselbe entfallende Wochenzahl multipliziert und die Summe der Produkte in den einzelnen Querreihen durch die Zahl der in dem betreffenden Jahre versicherten Pflegerinnen (Rubrik 2) dividiert. Die in 15 *i* stehende Zahl ist das arithmetische Mittel aus den einzelnen Produktensummen.

Tabelle I E.

Morbidität (Krankheitsdauer)

der beim „Royal National Pension Fund for Nurses" gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen in den Jahren 1898 bis 1902.

Chronische Fälle, welche dauernd Krankengeld beziehen:

a)	1	2	3	4	5
b)	Krankheit, wegen welcher dauernd Krankengeld ausgezahlt wurde	Alter der betr. Pflegerin am 31. Dezember 1902	Datum des Tages, an welchem die Auszahlung begann	Höhe der wöchentlichen Auszahlung	Die Krankheitsarten in Prozenten der angeführten chron. Fälle berechnet
c)	Rheumatismus	47	20. Mai 1892	s. 10	6·66%
d	Grauer Star	57	30. Januar 1896	10	6·66%
e)	Chronischer Magenkatarrh	45[1])	8. Oktober 1901	20	6·66%
f)	Bronchialerweiterung (Bronchiektasie)	43	28. Dezember 1901	10	6·66%
g)	Progressive Paralyse	48	5. April 1892	10	Nervenerkrankungen 26·67%
h)	Irrsinn (Dementia)	37	25. November 1898	10	
i)	Kompression d. Rückenmarkes	39	7. Februar 1900	20	
k)	Hysterie infolge von Ovariotomie	43	29. Januar 1901	10	
l)	Lungentuberkulose	31	12. November 1900	15	20·0%
m)		32	25. Mai 1901	15	
n		47	5. Oktober 1901	15	
o)	Herzleiden u. Herzschwäche	55	5. November 1891	5	26·67%
p)		53	17. März 1899	10	
q)		49	31. Januar 1901	20	
r)		33	26. Oktober 1901	20	
s	Durchschnittsalter	43·93	wöchentliche Summe	21·0 £	—

[1]) Ist am 18. Oktober 1903 gestorben.

Tabelle II. **Mor**

der dem „Royal National Pension Fund for Nurses" ange

a)	1	2[1]	3[2]	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13[3]	14	15	16	17	18	19	20	21	22
b)	Krankheitsgruppen			Todesursache																		
				Krankheiten des Blutkreislaufes					Infektionskrankheiten							Lokale Infektionen			Tropische Krankheiten			
c)	Jahreszahl	Zahl der versicherten Pflegerinnen	Zahl der Polizzen, die durch die Todesfälle gelöscht wurden	Perniziöse Anämie	Aneurisma d. Aorta	Chronische und akute Herzleiden	Platzen einer Hirnarterie	Lungenembolie	Typhus	Lungenentzündung	Lungentuberkulose	Akute Ohrspeicheldrüsenentzündung	Akut. Rheumatismus	Influenza	Akute Halsentzündg.	Blutvergiftung	Bauchfellentzündung	Rotlauf	Bubonenpest	Gelbes Fieber	Dysenterie	Parasitäre Hämaturie
d)	1898	4763	12	1	1	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.
e)	1899	5173	21	.	.	1	.	.	1	1	1	1	.	.	.	1	.	.		.	.	.
f)	1900	5605	20	.		4	.	.	2	.	1	.	1	1	.	.	1	.	.	.	1	.
g)	1901	6028	28	.	.	1	1	.	3	.	.	.	.	1	1	.	1	1	.	.	.	1
h)	1902	6451	40	.	.	3	.	1	4	2	4	.	.	.	.	.	2	.	.	.	2	.
i)	**Summe**	**5604** Durchsch.	121	1	1	9	1	1	11	4	6	1	1	2	1	1	4	1	1	1	3	1
k)	Die auf die einzelnen Todesursachen entfallenden Prozente der Todesfälle			0·93	0·93	8·33	0·93	0·93	10·19	3·70	5·56	0·93	0·93	1·85	0·93	0·93	3·70	0·93	0·93	0·93	2·78	0·93
l)	Die auf die einzelnen Krankheitsgruppen entfallenden Prozente der Todesfälle			12·04%					24·07%							5·56%			5·56%			

[1]) Die hier angeführten Zahlen bedeuten die Zahl der Polizzen, die nicht vollständig mit jener de daß sie füglich vernachlässigt werden kann. — Die genauen Zahlen der Pflegerinnen sind nicht zu eruieren. — *f*, *g*, *h*, *i*) aus dem sub [1]) angeführten Grunde überein. — [3]) „Akuter Rheumatismus" mußte aus pathologischer nicht erwiesen werden konnte. — [4]), [5]) und [6]) „Urämie", „Wassersucht" und „Knochenkaries" sind bloß Symptome krankheit leider nicht angegeben. — [7]) In welcher Weise Uterus-Myome den Tod herbeigeführt haben, ist leider nicht der Totenschein (Certificate of death), sondern nur die amtliche Todesurkunde eingesandt wurde (Probate) Rubrik 2 (*d* bis *i*) angegebenen Zahlen der Pflegerinnen; die in Rubrik 47 *k* angegebene Zahl ist das prozentuale

talität

ärigen Pflegerinnen in den Jahren 1898 bis 1902.

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32[4]	33[5]	34	35	36	37	38[6]	39	40	41[7]	42	43	44[8]	45	46	47[9]
Todesursache																								
Nicht infektiöse Krankheiten der Atmungsorgane und des Verdauungstraktes							Nicht infektiöse Allgemeinerkrankungen				Krankheiten des Zentralnervensystems				Erkrankungen einzelner Organe				Gewaltsamer Tod		Unbekannte Ursachen	Summe	Zahl der Verstorbenen, die über 50 Jahre alt waren	Prozente der Todesfälle in den einzelnen Jahren von der Gesamtsumme
Bronchitis	Asthma	Magengeschwür	Lebercirrhose	Blinddarmentzündg.	Darmblutung	Magenerweiterung	Basedowsche Krankheit	Zuckerkrankheit	Urämie	Allgem. Wassersucht	Gehirntumor	Rückenmarks-Myelitis	Progr. Paralyse	Akuter Irrsinn (Mania)	Knochenkaries	Bösartige Neubildungen	Akute Nierenentzündung	Myome	Verbrennung	Selbstmord				
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	11	0	0·231%
1	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	8	18	4	0·348%
.	1	.	1	.	.	.	.	.	1	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	3	20	2	0·357%
.	.	.	.	1	.		.	.	.	.	.	.	2	1	.	2	.	.	.	1	5	22	5	0·365%
.	.	.	.	2	1	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.	.	11	37	8	0·574%
1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	29	108	19	
0·93	0·93	0·93	0·93	2·78	0·93	0·93	0·93	1·85	0·93	0·93	0·93	0·93	1·85	0·93	0·93	2·78	0·93	0·93	0·93	1·85	26·85	21·6 Durchschnitt	3·8 Durchschnitt	0·385% Durchschnitt
8·33%							4·63%				4·63%				5·56%				2·78%		26·85 %		in % aller Todesfälle 17·59%	

Pflegerinnen übereinstimmt, da eine Pflegerin mehrere Polizzen haben kann; doch ist die Differenz eine so minimale,

[4]) Die Zahlen der durch Todesfälle annullierten Polizzen stimmt nicht mit der Zahl der Todesfälle (Rubrik 45 *d*, *e*, Rücksichten unter die „Infektionskrankheiten" gestellt werden, wenn auch eine Übertragung der Krankheit bisher respektive Teilerscheinungen von verschiedenen Krankheiten. In den hier angeführten Fällen war die Grund- nicht angegeben. — [5]) Die große Zahl der „Unbekannten Todesursachen" erklärt sich daraus, daß in vielen Fällen welche keine Todesursache angibt. — [9]) Die in dieser Rubrik angeführten Prozentzahlen beziehen sich auf die in Verhältnis zwischen Rubrik 45 *k* und Rubrik 2 *i*.

Man sieht, der Gegensatz zwischen hohen Krankheits- und niederen Sterblichkeitsziffern ist ein völlig erklärlicher. Die Pflegerinnen sind einer großen Zahl Krankheiten ausgesetzt, denen sie sich bisweilen nicht entziehen können, aber sie haben auch die physischen und intellektuellen Mittel, dieselben erfolgreicher zu bekämpfen als das große Publikum. Dieses Axiom wird bei der Organisation aller Unternehmungen, die zum Wohle der Pflegerinnen in England ins Leben gerufen werden, berücksichtigt, denn es heißt: „Viel Krankheit, harter Dienst, aber langes Leben!"

Die Lehre, welche wir aus unserer Studie über die Gesundheitsverhältnisse der englischen Pflegerin (Nourse) ziehen und welche wir durch weitere zahlreiche Umfragen in den großen Spitälern Großbritanniens bestätigt fanden, ist die folgende:

Zur Pflegerin wird in England nur dasjenige Mädchen oder die Frau gewählt und aufgenommen, die 20 meist 23 Jahre alt, **vollkommen** gesund, stark und hereditär nicht im geringsten belastet ist.

Ihre Bezahlung ist angemessen, Kost und Wohnung durchwegs entsprechend, und es bedrücken sie keine Sorgen für das Alter. Wiewohl ihr Dienst **anstrengend** und genaueste Pflichterfüllung geboten, ist doch auch wieder für Erholung und Urlaub gesorgt. Der Erfolg ist, daß die englische Pflegerin, deren Morbiditätsverhältnisse nicht besonders günstig sind, alle Krankheiten siegreich übersteht und in der Sterblichkeit, namentlich an der **Tuberkulose**, mit den Frauen in den gesündesten Berufen wetteifert.

D. Mortalität der evangelischen Diakonissinnen in Skandinavien.

Nach Professor Dr. Harald Westergaard.

„Durch freundliches Entgegenkommen der Diakonissinnen-Anstalten in Christiania, Helsingfors, Kopenhagen und Stockholm bin ich instand gesetzt worden, Individualbeobachtungen, betreffend die Sterblichkeit der skandinavischen evangelischen Diakonissinnen, anzustellen. Das Material ist im ganzen zuverlässig und detailliert, nur einzelne Beobachtungen sind unvollständig, und für die Anfangsperiode der dänischen Anstalt fehlt eine Anzahl Diakonissinnen (36), die aus der Anstalt ausgeschieden waren; ich habe deshalb die vor 1. Januar 1878 eingetretenen dänischen Diakonissinnen gesondert behandelt.

Für die Hauptmasse der Beobachtungen kann man aus den Listen, die mir zur Verfügung stehen, das Geburtsjahr, das Eintrittsjahr als Diakonissin, ferner für die Verstorbenen oder Ausgeschiedenen das Jahr, in welchem das betreffende Ereignis geschehen ist, ersehen. Endlich kennt man die Todesursachen. Dagegen ist es untunlich, die ausgeschiedenen Diakonissinnen weiter zu verfolgen. Es würde sehr interessant sein, dieses tun zu können, denn wie es scheint, findet — namentlich in den ersten Jahren nach Eintritt in die Diakonissinnenanstalt — eine sehr bedeutende Auslese

statt, wie es weiter unten nachgewiesen werden soll. Sämtliche Diakonissinnen sind vom Eintritt bis Ende 1902 oder bis zu ihrem Tode oder Austritt beobachtet worden. Denkt man sich, daß Todesfälle, Geburten usw. sich regelmäßig über das Jahr verteilen, wird man ohne große Fehler annehmen dürfen, daß eine Person, die z. B. 1870 geboren war, im Jahre 1890 Diakonissin wurde und Ende 1902 noch am Leben war, im ganzen $12^1/_2$ Jahre, d. h. vom 20. bis $32^1/_2$ Jahre beobachtet worden ist. Hat man die Anzahl gefunden, die von ihrem 20jährigen Geburtstag unter Beobachtung standen, braucht man nur für eine jede Ende 1902 lebende 20jährige Diakonissin ein halbes Jahr abzuziehen, um mit hinlänglicher Genauigkeit die Anzahl der im Alter 20 bis 21 durchlebten Jahre zu kennen, und man kann ferner durch Unterpolation die Anzahl Lebensjahre zwischen $20^1/_2$ und $21^1/_2$ berechnen, mit welcher die Todesfälle im Alter 21 unmittelbar vergleichbar sind. In dieser Weise werden die umstehenden Zahlen berechnet.

Was Dänemark betrifft, ist die Anzahl der Lebensjahre für die in den ersten 14 Jahren eingetretenen Diakonissinnen offenbar zu niedrig, da man nicht weiß, wie viele Jahre die Ausgeschiedenen als Diakonissinnen gedient haben, wogegen keine Todesfälle in Abzug gebracht worden sind. Der Einfluß dieser Fehlerquelle ist jedoch nicht groß, da die Ausscheidungen größtenteils ganz kurz nach dem Eintritt stattfinden und gegenüber dem ganzen Material ist dieselbe nur von geringem Werte.

Für alle 4 Länder zusammen erhält man nun das Folgende:

Alter	Lebensjahre unter Beobachtung	Anzahl der Todesfälle	Auf 1000 Lebensjahre kommen Todesfälle
unter $19^1/_2$	157·5	0	6·3
$19^1/_2$—$24^1/_2$	2072·5	14	
$24^1/_2$—$29^1/_2$	3872·0	19	5·4
$29^1/_2$—$34^1/_2$	3976·0	23	
$34^1/_2$—$39^1/_2$	3004·5	23	6·9
$39^1/_2$—$44^1/_2$	2078·5	12	
$44^1/_2$—$49^1/_2$	1384·0	12	8·3
$49^1/_2$—$54^1/_2$	907·0	7	
$54^1/_2$—$59^1/_2$	585·5	6	16·6
$59^1/_2$—$64^1/_2$	326·0	4	
$64^1/_2$—$69^1/_2$	169·5	7	
$69^1/_2$ u. dar.	126·5	3	
Zusammen	18659·5	130	

Diese Zahlen deuten auf günstige Gesundheitszustände, selbst wenn man in Betracht zieht, daß die Sterblichkeit in den skandinavischen Ländern überhaupt eine geringe ist. Für ledige Frauen über 50 würde man jedenfalls eine bedeutend größere Sterblichkeit erwarten. Unter den 130 Todesfällen waren 2 Unglücksfälle, 16 an Krebs, 44 an Tuberkulose und 20 an Typhus; die letztere Todesursache scheint namentlich in Norwegen verhältnismäßig häufig aufzutreten. 2 Fälle von Diphtheritis wurden registriert. Fragt man nun, ob die einzelnen Länder verschiedene Gesundheitsverhältnisse haben, so kann man berechnen, wie viele Todesfälle in jedem Lande zu erwarten gewesen wären, falls sämtliche Länder dieselbe Sterb-

lichkeit gehabt hätten. Indem ich eine detaillierte Alterseinteilung als für obige Sterblichkeitsquotiente verwerte, gelange ich zu den folgenden Zahlen:

Anzahl der Todesfälle nach:

	Erfahrung	Erwartung
Finnland	3	4·5
Schweden	46	49·1
Norwegen	55	46·8
Dänemark (vor 1878 eingetretene)	13	9·4
Dänemark (nach 1. Januar 1878 eingetretene)	13	20·2
Zusammen	130	130·0

Die Differenzen sind meistens geringfügig; daß Norwegen eine etwas größere Sterblichkeit als die übrigen Länder hat, mag eine Zufälligkeit sein, falls man sie nicht auf eine größere Gefahr, von Typhus angegriffen zu werden, zurückführen will. Die vor 1878 eingetretenen dänischen Diakonissinnen haben ganz natürlich eine verhältnismäßig kleine, erwartungsmäßige Anzahl Todesfälle, da die Anzahl der Lebenden zu niedrig gegriffen ist, aber gegenüber so kleinen Zahlen spielen überhaupt die Zufälligkeiten eine so große Rolle, daß zuverlässige Schlüsse sich nicht ziehen lassen.

Wie steht es nun in der ersten Zeit nach deren Eintritt als Diakonissin? Um diese Frage zu beantworten, habe ich für jedes Land die ersten 5 Jahre ausgeschieden, wie auch die Beobachtungszeit zwischen 5 und 10 Jahre nach dem Eintritte. Für sämtliche Länder erhält man somit:

0— 5 Jahre nach dem Eintritte	49	beobachtete,	44·4	erwartete	Todesfälle
5—10 „ „ „ „	19	„	26·9	„	„
10 und darüb. „ „ „	62	„	58·7	„	„
Zusammen	130		130·0		

Obgleich man auch hier mit kleinen Zahlen operiert, ist es doch ganz unwahrscheinlich, daß diese Beobachtungen auf eine etwas größere Gefahr in den ersten Funktionsjahren als Krankenpflegerin deuten, als 5 bis 10 Jahre nach Eintritt. Für die 3. Gruppe ist die Differenz zwischen den erwartungsmäßigen und tatsächlichen Zahlen unerheblich.

Schließt man die in Dänemark vor 1878 Eingetretenen aus, erhält man das Ergebnis, daß in allen 4 Ländern unter 2158 eingetretenen Diakonissinnen 783 während der ersten 5 Jahre austraten, also über ein Drittel; unter 1002, die die folgende Beobachtungsperiode angefangen haben, schieden dagegen 169, also ein Sechstel, aus. Einen rationelleren Ausdruck für diesen Abgang erhält man, wenn man die durchlebten Jahre verwertet. Man findet dann die folgenden Zahlen:

	Durchlebte Jahre	Ausgeschiedene	Auf 1000 Lebensjahre kommen Ausgeschiedene
0— 5 Jahre	7376·5	783	106
5—10 „	4077·5	169	41
üb.10 „	5940·0	69	12
Zusammen	17394·0	1021	58

Es folgt hier eine Übersicht über die Todesursachen:

Land	Die ersten 0—5 Jahre			Die folg. 5—10 Jahre			Die übrige Beobachtungszeit		
	Tuber.	Typh.	Krebs	Tuber.	Typh.	Krebs	Tuber.	Typh.	Krebs
Norwegen									
Alter 15—25	2	4	.	.	1	.	.	.	.
„ 25—35	8	5	.	3	1	.	.	.	.
„ 35—45	1	2	.	4	.	.	5	.	1
„ 45—55	.	.	.	.	.	1	2	.	.
„ 55—65	.	.	.	.	.	.	.	.	.
„ 65—	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zusammen .	11	11	0	7	2	1	7	0	1
Schweden									
Alter 15 - 25	1	1	.	.	.	.	.	.	.
„ 25—35	4	3	.	1	.	.	.		.
„ 35—45	.	.	.	.	.	.	3	2	.
„ 45—55	.	.	.	.		.	1	.	3
„ 55—65	.	.	.	.	.	.	.	.	5
„ 65—	.	.	.	.	.		.	.	4
Zusammen . .	5	4	0	1	0	0	4	2	12
Finnland									
Alter 25—35	1	.	.	.	.	.	.	.	.
„ 35—45	.	.	1	.	.	.	.	.	.
Zusammen . .	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Dänemark									
Alter 25—35	.	.	.	.	.	.	1	.	.
v. 1877 „ 35—45	.	.	.	.	.	.	2	.	.
eingetr. „ 45—55	.	.	.	.	.	.	1	.	.
Zusammen . .	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Dänemark									
Alter 15—25	.	.	.	.	.	.	.	.	.
n. 1877 „ 25—35	1	1	.	1	.	.	1	.	.
eingetr. „ 35—45	.	.	.	.	.	.	1	.	
„ 45—55	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Zusammen . .	1	1	0	1	0	0	2	0	1

Im ganzen hat man also:

Todesfälle an Tuberkulose	44
„ „ Typhus	20
„ „ Krebs	16
Zusammen . . .	80

Nach 10 Jahren traten also nur wenige aus; in den ersten 5 Jahren dagegen außerordentlich viele. Namentlich in Finnland ist die Ausscheidungsfrequenz eine große, auch Dänemark hat verhältnismäßig viele Austritte. Man hat hier in allen 4 Ländern eine Auslese, die sowohl mit Rücksicht auf die Berufstätigkeit, wie auf die Gesundheitszustände einen erheblichen Einfluß üben kann.

Indem ich hier an die Erfahrungen der Lebensversicherungs-Gesellschaften erinnere, nach welchen die ärztliche Auslese 5 bis 10 Jahre nach der Aufnahme in die Gesellschaft kaum mehr bemerkbare Wirkungen hat, dürfte man wohl auch hier annehmen, daß eine Diakonissin, die schon 10 Jahre funktioniert hat, und die, wie wir sehen, eine geringe Ausscheidungswahrscheinlichkeit hat, die Lebensaussichten hat, welche (nach Elimination der Auslese) aus der Tätigkeit als Krankenpflegerin fließen, und da die Sterblichkeit dieser Gruppe etwa dieselbe ist wie für das ganze Material, dürften die eben angeführten Sterblichkeitsquotienten im ganzen recht maßgebend sein.

Die ganze Anzahl von beobachteten Personen, vom Anfang der betreffenden Anstalten bis 31. Dezember 1902 war 2225. Es waren am 31. Dezember 1902 noch am Leben 1047, während 1048 ausgeschieden waren und 130 starben. (Hierzu kommen für die erste Periode der dänischen Anstalt 36, die wieder vor 1877 ausgeschieden waren.) Da auf diese 2225 Personen 18659·5 Lebensjahre kommen, wird man ersehen, daß eine jede Diakonissin durchschnittlich etwa 8 bis 9 Jahre unter Beobachtung stand.

Meine Berechnung betreffend Erfahrung und Erwartung wurde auf die Weise gemacht, daß ich die Sterblichkeitskoeffizienten für die ganze Periode berechnete; nachher budgetierte ich die Anzahl der erwartungsmäßigen Sterbefälle in jede Gruppe, welche eintreten würde, falls man von den betreffenden Sterblichkeitskoeffizienten ausgehen dürfte. Das Endergebnis muß also 130 sein, die einzelnen Gruppen werden dagegen Abweichungen darbieten können."

Wir haben Professor Harald Westergaards Untersuchung, welche derselbe so gütig war, in bezug auf die evangelischen Diakonissinnen in den skandinavischen Ländern auf unsere Bitte zu übernehmen, vollinhaltlich und wortgetreu abgedruckt. Wie wir schon in der Einleitung andeuteten, glauben wir mit dieser Studie unserer Arbeit eine besondere Zierde verliehen zu haben, denn der berühmte Gelehrte nimmt namentlich seit dem Erscheinen der zweiten Auflage seiner „Lehre von der Mortalität und Morbidität" (Jena 1901) durch die umfassende, streng wissenschaftliche und dabei doch populäre Darstellung der Mortalitätslehre unter den Statistikern dieser schwierigen, noch in vollster Entwicklung und im Streite der Parteien befindlichen Materie eine führende Rolle ein.

Er hat aber damit, daß er auf unseren Wunsch seine Untersuchung auf das streng umgrenzte Gebiet der evangelischen Diakonissinnen

in Finnland, Schweden, Norwegen und Dänemark beschränkte, auch der Wissenschaft einen Dienst erwiesen.

Die Mortalität in den katholischen Krankenpflegeorden ist bereits in zwei streng wissenschaftlichen Arbeiten, in der „Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten" von Professor Dr. Georg Cornet (1889) und in der „Statistik und Geschichte der Nancy-Trierer-Borromäerinnen" von Dr. Wilhelm Hohn (Trier 1899) eingehend beleuchtet und durch eine Studie von Professor Kruse in Bonn (1900) vergleichend besprochen, respektive hierdurch materiell noch ergänzt worden.

Wir besitzen hierüber also, soweit die katholischen Krankenpflegerinnen in Frage kommen, ein gutes Material, welches zu ergänzen unsere eigene Forschung bemüht war und um so mehr bemüht sein mußte, als die erste der vorgenannten ausgezeichneten Arbeiten bereits vor 15 Jahren erschienen ist, und durch ihre Schlußfolgerungen ein großes und gewiß berechtigtes Aufsehen erregte.

Es schien von großem Werte, diesen Erfahrungen auch eine Untersuchung über die Mortalitätsverhältnisse einer zweiten konfessionellen Krankenpflegegenossenschaft, der evangelischen Diakonissinnen von Kaiserswerth, anzureihen.

Es sind in unserer Arbeit alle diese Verhältnisse, namentlich auch in bezug auf die Morbidität der evangelischen Diakonissenhäuser in Deutschland und Österreich zur Besprechung gelangt und der Leser wird sie an den geeigneten Stellen verwertet finden.

Es erschien aber, wie gesagt, trotzdem wichtig, eine Untersuchung dieses Gebietes auf streng umgrenztem Felde, wo klimatisch, sozial und politisch ähnliche Verhältnisse bestehen, zu unternehmen.

Der Leser wird oft noch in dieser Arbeit der Ansicht des Verfassers begegnen, daß Vergleiche der Mortalität, und insbesondere Vergleiche der Morbidität, sich möglichst auf solche Gebiete beschränken sollten, wo annähernd auch ähnliche Grundlagen für die Erhaltung der Gesundheit, wie des Lebens angenommen werden können.

Dazu nun boten die über die skandinavischen Reiche verteilten Niederlassungen der evangelischen Diakonissinnen das allergeeignetste Material, und Prof. Westergaard hat sich durch die Bearbeitung desselben gewiß allseitigen Dank erworben.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind sehr interessant, wenn auch naturgemäß nur ein verhältnismäßig kleines Material zur Disposition stand.

Was zunächst in seiner Studie über die Mortalität der Diakonissinnen die „Todesursachen" der 130 Sterbefälle anbetrifft, so konstatiert die Untersuchung die Ziffern von

34 Prozent	Tuberkulose	}	als Todesursache.
15 „	Typhus		
12 „	Krebs		

Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist allerdings um zirka 29 Prozent geringer als Prof. Dr. Georg Cornet sie in seiner bekannten Studie über die „Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden

katholischer Konfession im Jahre 1889" angibt, wo er bei 2099 Todesfällen 1320 Tuberkulosenfälle, also **62·88** Prozent konstatierte, aber man darf nicht übersehen, daß seine Untersuchung sich über 4000 Barmherzige Schwestern erstreckte, die er durch **25** Jahre beobachten konnte, ohne daß er eine andere Auslese als eben den Tod zu berücksichtigen hatte; die katholische Schwester ist durch die Bande der kirchlichen Gesetze fest an ihren Beruf gebunden. Austritte sind selten, selbst wenn die Schwester in den ersten Jahren des Berufes die Schwere und die Gefahr des Berufes ganz besonders schwer empfinden sollte. Im Gegenteil, sie glaubt vielleicht das Opfer ihrer Gesundheit der Kirche bringen zu sollen, wiewohl diese es nicht verlangt.

Die evangelische Diakonissin, gewiß ebenso gottesfürchtig und aufopfernd, wird, wenn sie sich nicht stark genug fühlt, den schweren Dienst zu verrichten, aus der Genossenschaft austreten. Auch ist sie durch kein Gelübde gebunden, sich nicht zu verehelichen und einen anderen Beruf zu ergreifen.

So konnte Professor Westergaard unter 2225 beobachteten Personen 1048 als „ausgeschieden" bezeichnen.

Es sind dies meistens solche Mitglieder, welche die Genossenschaft in der ersten und schwersten Zeit verließen, und es ist daher selbstverständlich, daß die Beobachtungen nach solcher Auslese wesentlich günstiger sein mußten als bei Dr. Cornet.

Interessant ist es aber doch, daß nahezu auch hier fast die ganze Tuberkulosensterblichkeit sich auf die Altersperiode bis zu 35, respektive 45 Jahren verteilt.

Es befanden sich von 44 an Tuberkulose verstorbenen Schwestern 24, also zirka **54 Prozent**, im Alter bis zu 35 Jahren, und 40, also zirka **90 Prozent**, bis zum 40. Lebensjahre.

Wenn Professor Westergaard mithin in seinen Ausführungen konstatiert, daß für ledige Frauen in Skandinavien über 50 Jahre eine größere Sterblichkeit nach seinen Berechnungen zu erwarten wäre (Seite 221), so hat er gewiß vollkommen Recht. Die Gesundheitsverhältnisse für Mitglieder der Genossenschaft, die dieses Alter erreicht haben, sind gute, wie überhaupt die Sterblichkeit sich als ganz zufriedenstellend erweist. Aber man muß doch ganz besonders in bezug auf die Tuberkulose erwähnen, daß der Tod, wie Dr. Cornet sagt, seine Ernte bereits in den jungen Jahren gehalten hatte, und daß ein gestählter Körper den strengen Anforderungen des Dienstes nunmehr gewachsen ist. Die Tuberkulosesterblichkeit in ihrem ganzen Umfange ist immerhin, auch auf die Zahl der Lebenden berechnet, um 12 bis 15 Prozent höher als die Mortalität der weiblichen Bevölkerung in den meisten selbst von Tuberkulose gefährdeten Städten Deutschlands und Österreichs.

Was den Typhus anbetrifft, so sind alle Diakonissinnen, die daran starben, nicht über 45 Jahre alt geworden.

Hieran scheint eine wahrscheinlich mit großer Heftigkeit ausgebrochene Epidemie in Norwegen ihren Anteil gehabt zu haben. Wir haben im

Jahre 1903 in Graz (Steiermark) den Fall gehabt, daß in einem großen Krankenhause zwei Schwestern an Typhus starben und 21 Schwestern und Dienstmädchen erkrankten.

Solche Fälle werden aber immer seltener und werden noch um so seltener werden, je strenger man die Gesetze der Prophylaxis beachtet. Die **Unvorsichtigkeit** ist die größte, ja nahezu die einzige Gefahr in der Krankenpflege.

Sie schont natürlich weder die Jugend noch das Alter.

Höchst überraschend, ich möchte fast sagen von Wichtigkeit, ist für die Krebsforschung die hohe Krebssterblichkeit in Schweden mit 12 Todesfällen und im ganzen Reiche mit etwa 16.

Sie ist um fast 10 Prozent größer, als die Sterblichkeit an Krebs in den liberalen Berufen, und weitaus größer als die in Österreich ziemlich hohe Sterblichkeit an Krebs bei der weiblichen Bevölkerung in dem Alter über 45 Jahre. Sie fand sich in dieser Ausdehnung in unseren umfassenden Forschungen kaum mehr vor, doch wäre es gewagt, aus dem verhältnismäßig kleinen Material Professor Westergaards endgiltige Schlüsse zu ziehen.

Wir haben uns bei der Besprechung der hochinteressanten Westergaardschen Daten weniger mit der Lebenserwartung der Diakonissin beschäftigt. Da unsere Arbeit vor allem den Zweck verfolgt, den Nachweis zu liefern, daß der Beruf der Krankenpflege, bei der nötigen Vorsicht und unter der Voraussetzung umfassender Reformen im Geiste der modernen Wissenschaft, nicht nur ein sozial anzustrebender Berufszweig der Frau, sondern auch ein ungefährlicher Beruf ist und sein soll, so sind uns diejenigen Teile der wissenschaftlichen und namentlich der statistischen Untersuchungen stets die interessantesten und wichtigsten, welche die Infektionsgefahren der Pflegerin feststellen, die Bedingungen angeben, unter denen sie in ihr Amt tritt, die Verhältnisse, unter denen sie es versieht, und die Zeit, wo sie das Unglück hatte, demselben zu erliegen.

Aus den vorliegenden Untersuchungen nun läßt sich folgern, was auch Professor Cornet schon mehrfach andeutete, wozu ihm aber wohl das nötige Material fehlte, daß auch die evangelische Genossenschaft der Diakonissinnen von der Tuberkulosen- und in gewisser Richtung auch von der Typhussterblichkeit nicht unwesentlich betroffen wurde. Unsere an anderer Stelle mitgeteilten Ergebnisse aus den einzelnen Diakonissenhäusern in Deutschland und Österreich bestätigen diese Tatsache stellenweise ebenfalls.

Der Grund hierfür liegt eben darin, daß auch bei den evangelischen Diakonissinnen bei der Aufnahme manches nicht ganz gesunde, vielleicht auch erblich veranlagte Mädchen Aufnahme findet, gerade wie bei den Barmherzigen Schwestern. Als ein weiterer sehr wichtiger besonderer Umstand aber fällt noch ins Gewicht die übergroße Zahl der Arbeitsfelder (372 bei zirka 1000 Schwestern), auf welchen die Diakonissinnen in Skandinavien

beschäftigt sind. Die **Privat-** und **Gemeindepflege** ist auch in den katholischen Orden der vornehmste Grund der Infektion, der Morbidität überhaupt und endlich des Todes. In dieser Beziehung weisen wir auf das Ergebnis, welches nach unseren Forschungen das von Dr. Schulten vorzüglich geleitete katholische Marienhaus zu Waldbreitbach in der Rheinprovinz lieferte. In der Privatpflege fehlen alle die Hilfsmittel der Prophylaxe, der ärztlichen Aufsicht, und manche Schwester findet dort ihren Heldentod. Nur dort ist die Pflegerin gesichert, wo die größte Vorsicht geübt und bei aller Aufopferung auch das Leben der Pflegerin geschont wird und geschont werden kann. Wie schwer der Mangel an Vorsicht seitens der Schwestern sich strafen kann, zeigt das oben bereits angeführte Beispiel in einem großen, vortrefflich geleiteten Hospital in Graz, und zwar gerade auch bei der Wartung von nur ganz wenigen an Typhus erkrankten Patienten. Lediglich durch Sorglosigkeit erkrankten dort in zwei Monaten 15 Schwestern, 1 Praktikantin, 1 Wärterin, 2 Magazinsmädchen und 2 Dienerinnen, zusammen 21 Personen, in gefährlicher Weise an Typhus und es starben davon 2 Schwestern.

Die Wissenschaft hat uns seit einigen Jahrzehnten die Wege gezeigt, wie das Leben derjenigen Personen geschont werden kann, welche das Leben der Kranken bewachen. Diese Lehre zu begründen und zu verbreiten lehrt uns auch Professor Westergaard durch seine Mortalitätsstatistik.

***Wir stellen nun einige der Hauptergebnisse aus der Statistik des Kapitels II** im folgenden zusammen:*

1. Es standen durch 10 Jahre ungefähr 6000 Zivilärzte und 1100 Militärärzte in Österreich unter Beobachtung. Die Durchschnittsziffer der in dieser Zeit verstorbenen Ärzte ergab die Erreichung eines Lebensalters

bei den Ärzten in Wien von . . .	*58·96 J.*	*Es ist dieses Ergebnis*
der Landgemeinden Niederösterreichs	*62·39 „*	***nicht** mit der mathematischen*
in ganz Österreich	*58·48 „*	***Lebenserwartung** zu verwechseln,*
der Militärärzte	*47·86 „*	*was ausdrücklich bemerkt wird.*

*2. Die Sterblichkeitsverhältnisse der Ärzte im allgemeinen sind in Österreich durchaus **günstig** und **besser** wie nahezu in allen anderen Berufen.*

3. Die Ärzte Österreichs erliegen mit

10·65 Prozent der Todesursachen an Tuberkulose,
28·01 Prozent an Herz- und Gefäßkrankheiten.

*4. Während die Tuberkulosensterblichkeit der Ärzte so günstig ist, wie sonst kaum in einem Berufe und weit **unter** dem Reichsmittel, sind die **Herzkrankheiten** die überwiegenden. Mit anderen Berufen verglichen, kann man sagen, daß die Ärzte auf Kosten des **Herzens**, die Juristen auf Kosten des **Gehirnes**, die Professoren auf Kosten der **Lunge** und des **Gehirnes** ihr Brot verdienen.*

5. In der Krankenpflege sind die Mitglieder der konfessionellen Genossenschaften (katholisch und evangelisch, die ersteren allerdings hervorragend mehr als die zweiten) der Gefahr erhöhter Sterblichkeit, namentlich an ***Tuberkulose*** *ausgesetzt.*

6. Die prozentuale Beteiligung an Tod durch Tuberkulose beträgt bei den von uns beobachteten Personen bei den katholischen Barmherzigen Schwestern 66·20 Prozent, bei den evangelischen Diakonissinnen in Skandinavien 34·0 Prozent.

Der Grund dieser traurigen Verhältnisse liegt ***keineswegs*** *in der Ansteckung am Krankenbette, sondern in der nicht genügenden Strenge bei der Aufnahme der Aspirantin, in ihrem viel zu jugendlichen Alter, in der Aufnahme* ***hereditär belasteter*** *und schwächlicher Personen, sowie in der übermäßigen, opfervollen dienstlichen Anstrengung, dem unbequemen Kleid, den ungünstigen Wohn- und Nahrungsverhältnissen.*

Die Barmherzige Schwester findet ihren Tod in ihrer Aufopferung. *Es ist beachtenswert, daß Fälle des Selbstmordes ausgeschlossen und auch die durch die Aufregung der Jahre bedingten Herzkrankheiten hier nicht platzgreifen.*

7. Während die Mortalität bei den konfessionellen Schwestern bedeutend größer ist als bei den interkonfessionellen und den weltlichen Pflegern und Pflegerinnen, ist ihre ***Morbidität*** *nach dem offiziellen Ausweise verhältnismäßig eine kleinere als bei den letzteren in Österreich und Ungarn und auch in England. Bei den letzteren* ***überwindet der besser gehaltene, widerstandsfähige Körper*** *die häufigen Krankheiten, namentlich die zahlreichen Anginen und Respirationskrankheiten, so daß der Gesundheitszustand der in Mutterhäusern organisierten Anstalten (Rotes Kreuz, Viktoria, Rudolphinum etc.) ein befriedigender ist.*

Nur bei den weltlichen nicht organisierten Pflegerinnen kommen Krankheiten der Geschlechtsorgane und Krankheiten vor, die absolut auf übermäßigen Lebensgenuß schließen lassen.

8. Die gemachten Erfahrungen des Kapitels II werden bei unseren Reformvorschlägen in Kapitel IV verwertet werden.

Kapitel III.

Die Gefahrlosigkeit der Kurorte und Lungenheilstätten in bezug auf die Infektion der Bevölkerung.

Die ganz ungewöhnlich großen Fortschritte auf dem Gebiete der Bakteriologie in den letzten 20 Jahren, welche uns die eminente Gefährlichkeit jener kleinen Lebewesen und ihren Einfluß auf die Morbidität und Mortalität des Menschengeschlechtes erst klar erkennen ließen, mußten selbstverständlich zu einer Reihe neuer und wichtiger Untersuchungen anregen. Unter diesen wird als besonders wichtig angesehen werden müssen die Prüfung, inwieweit die Krankenpfleger sowie die einheimische Bevölkerung jener Orte gefährdet sind, wohin jahraus, jahrein Leidende mit infektiösen Krankheiten wiederkehren, um daselbst Linderung und Heilung zu suchen. — Allen infektiösen Krankheiten weit voran steht nun nach den neuesten Forschungen der internen Medizin die Lungentuberkulose und so stellt sich denn als eine der aktuellsten Fragen auch für unsere Arbeit die Frage dar:

Üben die Lungenkranken in Sanatorien und offenen Kurorten auf den Gesundheitszustand der Krankenpflegepersonen und der einheimischen Bevölkerung einen ungünstigen Einfluß aus?

Diese Frage ist schon darum so außerordentlich wichtig, weil die Zahl jener Gemeinden, die der Gründung neuer Heilstätten und Kurorte mit offener Feindseligkeit gegenüberstehen, täglich zunimmt und es darum einmal festgestellt werden muß, welche Gefahren mit derartigen Gründungen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung etwa verbunden sind.

Trotz dieser großen Bedeutung ist die Lösung dieser Frage in zusammenhängender Weise und für ein umfassendes Gebiet noch nicht versucht worden.

In einzelnen Fällen haben sich wohl manche Kurorte damit beschäftigt, und so haben z. B. Davos, dann die Anstalt zu Görbersdorf, das Heilbad Soden in einzelnen Publikationen darüber berichtet. Einzelne balneologische Vereine, so z. B. der sehr gut geleitete Verein von Wien mit seinem

unermüdlichen vortrefflichen Schriftführer Dr. Carl Ullmann, berührten diese Fragen, doch scheiterte bisher die Herstellung einer systematischen Zusammenstellung der Ergebnisse in Österreich, Deutschland, der Schweiz und der Riviera an der Unaufrichtigkeit und dem Widerstande einzelner Kurorte gegen dergleichen auf wahrheitsgetreuen und amtlichen Daten basierte Publikationen. Als nun von uns in eine Prüfung der Frage eingegangen werden mußte, welchen Einfluß eigentlich die modernen Lungenheilstätten auf den Gesundheitszustand des Pflegepersonals ausüben, und dieser sich als geradezu glänzend darstellte, schien es ein Gebot der Notwendigkeit zu sein, in derselben Arbeit zu prüfen, ob dieser Einfluß ein ebenso günstiger in den **offenen** Kurorten der Hauptgebiete Österreichs, Deutschlands, der Schweiz und der Riviera sei. Trotz manchen Widerstandes, endloser Korrespondenzen und Einwendungen gelang es, ein großes, gewissenhaft zusammengetragenes Material mit durchwegs amtlichen Beglaubigungen zu beschaffen, und findet der Leser die Ergebnisse in den nachfolgenden Blättern zusammengestellt.

Sie bringen im großen und ganzen den Nachweis, daß die Beteiligung der einheimischen Bevölkerung an der Tuberkulose, wie sie vor Gründung der Sanatorien und Kurorte war, keinesfalls eine Steigerung infolge des Zuflusses von fremden Kranken erfahren hat; es liegen im Gegenteil Beispiele vor, daß gerade in dieser Hinsicht vieles sich durch die erhöhten Vorsichten, die geübte Prophylaxe und zweckmäßige Sanitätseinrichtungen wesentlich gebessert hat.

Wir wünschen, daß die Bekanntschaft mit dieser Tatsache die allerweiteste Verbreitung finden möge.

Es wird damit zweierlei erreicht werden:

1. Die Gemeinden werden bereit sein, Lungenheilstätten aufzunehmen und für deren Errichtung sogar Opfer zu bringen.

2. Der Schrecken und die Furcht, welche heute den Einzug jedes Tuberkulosekranken in ein Haus begleiten, werden ein Ende nehmen.

Wir wären hoch beglückt, wenn durch unsere Forschung dieses Ziel erreicht werden könnte. Man muß den Zustand in unseren Kurorten kennen, welche vorzugsweise Lungenkranke beherbergen. Man muß sehen, wie man ihnen bei der Begegnung aus dem Wege geht, wie sie im Haus gemieden werden wie die Verstoßenen und Aussätzigen. Man muß sehen, wie man ihren Tod verheimlicht, ihre letzten und bangsten Stunden verbittert. Wie man sie in der Nacht wegschafft, ohne den Trost der Begleitung durch die Angehörigen. Man muß dies alles gesehen und miterlebt haben, was der wohltätige „Süden" in dieser Richtung oft leistet; dann wird man nur mit dem Gefühle der tiefsten Befriedigung Kenntnis nehmen von den nachfolgenden Blättern, denn:

Die Lungentuberkulose hat ihren Schrecken für die Umgebung der armen Kranken verloren, die Wissenschaft erkannte nicht nur ihre Gefahr, sie gab uns auch alle Mittel, sie zu bekämpfen.

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken
Kierling	1898 2 Prozent 1899 2·8 „ 1900 2·9 „ 1901 3·1 „ 1902 3·3 „ 1903 2 „ } Todesfälle der Bevölkerung	1898 2 Fälle 1899 3 „ 1900 4 „ 1901 4 „ 1902 1 „ 1903 1 „
Ischl	1898 gestorben 233 Tuberkulose 18 1899 „ 280 „ 19 1900 „ 243 „ 19 1901 „ 225 „ 18 1902 „ 253 „ 20 Einwohnerzahl 9855	
Luhaschowitz	Der Kurort Luhaschowitz hatte 1136 stabile Einwohner im Jahre 1900. 1898 waren 1381 Kurgäste 1899 „ 1452 „ 1900 „ 1603 „ 1901 „ 1714 „ 1902 „ 2023 „ 1898 sind gest. 35 Personen. Darunter 5 Kurgäste 1899 „ „ 36 „ „ 2 „ 1900 „ „ 36 „ „ 2 „ 1901 „ „ 38 „ „ 4 „ 1902 „ „ 37 „ „ 1 „ Von den 14 Kurgästen sind 11 an Lungentuberkulose und 3 an Herzfehler gestorben.	1898 1 Frau (15 J.) Tuberculosis pulmonum 1899 1 Frau (63 J.) „ „ 1899 1 Frau (25 J.) Caries costarum 1900 1 Knabe (9 Mon.) Meningitis tuberculosa 1900 1 Mann (35 J.) Tuberculosis pulmonum 1900 1 Frau (50 J.) „ „ [1] 1900 1 Mann (28 J.) „ „ 1901 — 1902 1 Mann (44 J.) Tuberculosis pulmonum 1902 1 Frau (36 J.) „ „ 1902 1 Frau (72 J.) Tuberculosis pulmonum Haemoptoë 1902 1 Frau (44 J.) Caries genus 1902 1 Frau (61 J.) „ „ Summe 12.

[1]) Im Villenviertel.

reich.

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
Solche Erkrankungs- und Todesfälle sind nicht bekannt geworden.	<table><tr><th>Jahr</th><th>Anzahl der Todesfälle</th><th>Anzahl der Todesfälle an Lungentuberkulose</th><th>Anzahl der Lungentuberkulose Einheimischer</th></tr><tr><td>1898</td><td>28</td><td>8</td><td>2</td></tr><tr><td>1899</td><td>39</td><td>12</td><td>3</td></tr><tr><td>1900</td><td>34</td><td>9</td><td>4</td></tr><tr><td>1901</td><td>38</td><td>8</td><td>4</td></tr><tr><td>1902</td><td>43</td><td>9</td><td>1</td></tr><tr><td>1903</td><td>29</td><td>6</td><td>1</td></tr></table> Vom Gemeindearzt bestätigt.
Dies läßt sich nicht eruieren, da Ischl seit mehreren Jahren fast keine Lungenkranken mehr als Gäste hat.	
In den erwähnten 5 Jahren, und zwar im J. 1900, starb nur eine einzige Frau, 50 Jahre alt (siehe die folgende Kolonne), an Tuberkulose.	Die Statistik des Kurortes bestätigt vollkommen die günstige Meinung. Obwohl ziemlich viel Tuberkulöse das Bad Luhaschowitz besuchen (in Zahlen kann es nicht angegeben werden, wie viele, aber in 5 Jahren sind 11 Kurgäste hierorts an Tuberkulose gestorben), so findet man in den Todesprotokollen nur eine einzige an Tuberkulose verstorbene Frau, welche Kurgäste in ihrer Wohnung hatte und eventuell auch tuberkulöse Kranke bediente. Auch sind unter dem Teil der Bevölkerung von Lubaschowitz, welche mit Kurgästen verkehrt, keine noch lebende Tuberkulöse bekannt, obwohl der Arzt die Einwohner ziemlich genau kennt. Die übrigen 11 zitierten Fälle von den 12 einheimischen Verstorbenen betreffen Leute aus demjenigen Teil des Ortes, wo keine Kurgäste wohnen, aus dem „Dorfe", nicht aus dem „Villenviertel". Vom Kur- und Distriktsarzt bestätigt.

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken
Lussinpiccolo	1898 gestorben 98 = 20·9‰ 1899 „ 109 = 23·0‰ 1900 „ 118 = 24·1‰ 1901 „ 146 = 29·3‰ 1902 „ 90 = 19·3‰ 1903 „ 123 = 26·4‰	1898 11 Todesfälle 1899 11 „ 1900 13 „ 1901 21 „ 1902 9 „ 1903 12 „
Obermais	Einwohnerzahl inklusive Fremder 3696. 1898 34 Todesfälle 1899 45 „ 1900 55 „ 1901 69 „ 1902 56 „ 1903 45 „	1898 3 Todesfälle 1899 6 „ 1900 3 „ 1901 3 „ 1902 5 „
Görz	Sterblichkeitsverhältnisse: 1898: Einwohnerzahl 23213; Zahl der Toten[1]) 497. Sterblichkeitsverhältnis: 21·41‰ 1899: Einwohnerzahl 23315; Zahl der Toten[1]) 492. Sterblichkeitsverhältnis: 21·1‰ 1900: Einwohnerzahl 23671; Zahl der Toten[1]) 536. Sterblichkeitsverhältnis: 22·64‰ 1901: Einwohnerzahl 25432; Zahl der Toten[1]) 498. Sterblichkeitsverhältnis: 19·58‰ 1902: Einwohnerzahl 26104; Zahl der Toten[1]) 527. Sterblichkeitsverhältnis: 20·1‰	1898 69 Todesfälle 1899 65 „ 1900 64 „ 1901 78 „ 1902 91 „

[1]) Mit Ausschluß der Ortsfremden.

(Fortsetzung).

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
Eine Akquirierung der Tuberkulose infolge der Pflege Tuberkuloser konnte bis jetzt nur in einem Falle (1899) nachgewiesen werden. Außer diesem einen Fall wurde kein schädigender Einfluß des Verkehres mit den Kranken beim Wartepersonal beobachtet.	Vor allem muß betont werden, daß in Lussinpiccolo in vielen Familien Tuberkulose herrscht; das ist seit vielen Dezennien der Fall, lange bevor überhaupt Lungenkranke nach Lussinpiccolo kamen; außerdem kamen viele Lussignaner aus Amerika, wo sie dort längere Jahre verweilten und schwere Arbeit leisteten, tuberkulös zurück. Nach meiner 15jährigen Erfahrung hat nach Kreierung Lussinpiccolos als Kurort die Tuberkulose hier im allgemeinen sogar abgenommen, weil infolge der äußerst streng gehandhabten Desinfektionsvorschriften auch die einheimischen Familien, in denen tuberkulöse Fälle vorkommen, viel vorsichtiger geworden sind und in Erkenntnis der Ansteckungsgefahr Schutzmaßregeln ergreifen und auch sofort den Arzt aufsuchen. Von den Ortschaften der quarnerischen Inseln weist Lussinpiccolo die geringste Zahl von Tuberkulosen auf; Veglia, Cherso und viele kleine Dörfer, in die gewiß keine kranken Fremden sich verirrt haben, haben viel höhere Ziffern an Tuberkulosefällen. Die Bewohner Lussinpiccolos, durchwegs Seeleute, haben eine richtige Erkenntnis hygienischer Maßregeln gegen ansteckende Krankheiten und darum fügen sie sich auch leichter strengen Verordnungen. Vom Kurvorsteher.
Man muß bemerken, daß weder in den Spitälern noch in der Privatpflege unter dem Wartepersonale die Tuberkulose vorkommt. In den Görzer Spitälern ist natürlich Vorsorge getroffen, daß Lungentuberkulöse möglichst separat von den anderen Kranken behandelt werden.	Die nebenstehenden Angaben vom Bürgermeister bestätigt.

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken
Gleichenberg	Einwohnerzahl 841. Gesamtzahl der Sterbefälle 1898 20 Personen „ „ „ 1899 21 „ „ „ „ 1900 15 „ „ „ „ 1901 12 „ „ „ „ 1902 4 „ Im Jahre 1898 starben 6 Kinder an Scharlach, 4 genasen.	1898 Anna Moik, Grundbesitzersgattin 20 Jahre alt 1898 „ Mauser „ 55 „ „ 1899 Theresia Spick, Tischlersgattin 35 „ „ 1899 David Pritsch, Hotelier 49 „ „ 1900 Josef Dreisger, Postexpeditor 33 „ „ 1900 Marie Traunwallner, Magd 48 „ „ 1901 Julie Hatzl, Grundbesitzerin 58 „ „ 1902 Keine Sterbefälle an Lungentuberkulose.
Roznau	Die Stadt zählt 3000 Einwohner. Davon starben jährlich durchschnittlich 83 (1898—1902), ein auffallend kleines Prozent, wenn man damit rechnet, daß die Bevölkerung arm ist und die sozialen Verhältnisse, besonders aber die Pflege der Kinder mangelhaft ist.	Zahl aller Verstorb. i. J. 1898 91 darunter Tuberk. 3 „ „ „ „ „ 1899 79 „ „ 2 „ „ „ „ „ 1900 81 „ „ 4 „ „ „ „ „ 1901 80 „ „ 3 „ „ „ „ „ 1902 85 „ „ 3 Diese Fälle hängen eigentlich mit dem Kurort nicht zusammen, das sind Leute, welche außer der Stadt in den Bergen wohnen, Arbeiter aus den verschiedenen Fabriken der nahen und fernen Umgebung.
Arco	Mit 31. Dezember 1900 betrug die Gesamtbevölkerung der Gemeinde Arco 4380. (Hierunter 1116 Fremde.)	Im Jahre 1898 starben 8, hiervon eine Person, die Frau des Totengräbers, an deren Leichnam man die Tuberkulose konstatieren konnte. Von den übrigen 7 waren 2 Arme, welche eine Unterstützung von der Gemeinde genossen, 1 Schmied, 1 Schuster, 1 Gutsbesitzer und 2 Bauern. Im J. 1899 starben 10: 2 Arme, 1 Nonne, 6 Bauern, 1 Kaufm. „ „ 1900 „ 9: 6 Bauern, 1 Nonne, 2 Kaufleute „ „ 1901 „ 9: 6 Bauern, 1 Nonne, 1 Schuster, 1 Wirt „ „ 1902 „ 9: Alles Bauern Bezüglich der Bauern muß gesagt werden, daß die Todesart bloß von den Hausbesitzern festgestellt wurde.

(Fortsetzung).

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
Hier wären zu nennen die vorgenannten Th. Spick und M. Traunwallner. Hierzu ist zu bemerken, daß bei Lohndienern und Hausmeistern, welche die Teppiche, Pölster und Matratzen ausklopfen und zuweilen ganz in Staub gehüllt sind, in den genannten 5 Jahren weder eine Erkrankung noch ein Todesfall an Lungentuberkulose konstatiert wurde.	Es wurde vor 4 Jahren von dem k. k. Bezirksarzte festgestellt, daß Wäscherinnen, welche die Wäsche den Kurgästen (auch Lungenkranken) waschen, 20, 30, eine wohl wenigstens 50 Jahre damit arbeiten, und nicht lungenkrank wurden. Der Gemeindesekretär, welcher die Aufgabe hat, die sämtliche (auch schmutzige) Wäsche der Verstorbenen Stück für Stück in die Hand zu nehmen, zu zählen und zu verzeichnen, und dies durch 16 Jahre besorgt, ist heute 72 Jahre alt und vollkommen gesund. Amtlich bestätigt.
Solche Leute sind überhaupt in den letzten 5 Jahren an Tuberkulose nicht gestorben, nicht einmal daran erkrankt.	In dem Kurorte (in der Stadt) stirbt unter den hiesigen Einwohnern fast niemand an Tuberkulose; die oben angeführten an Tuberkulose Verstorbenen waren Arbeiter aus den Fabriken der Umgebung. Wir haben hier die Erfahrung gemacht, daß der Aufenthalt der Kurgäste einen günstigen Einfluß auf die Bevölkerung in dem Sinne übt, daß die Leute mehr Geld verdienen, dann besser leben und die hygienischen Verhältnisse dadurch ebenfalls gebessert sind. Vom Stadtarzt bestätigt.
Keine der verstorbenen Personen hatte die Pflege oder die Bedienung in einem Spitale zu besorgen. Die einzige Person, an deren Leichnam man das Vorhandensein der Tuberkulose genau erkennen konnte, war die Frau des Totengräbers. Die Nonnen sind „Serviten" und unterstehen einer strengen Klausur, so daß eine Zusammenkunft mit den kranken Fremden als ausgeschlossen betrachtet werden muß; dasselbe gilt von den Handwerkern, insoweit sie nicht in der Ausübung ihres Handwerkes mit den Fremden zusammenkommen. Auch die Bauern haben keine Verbindung mit den fremden Kranken. Die Armen allerdings betteln in den benachbarten Wirtshäusern und bekleiden sich mit den geschenkten Kleidern, demgegenüber aber suchen die städtischen Behörden dies zu verhindern, und die Armen zu speisen. Vom Podestà bestätigt.	

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken
Meran	Einwohnerzahl 17.791. Mortalität 1901 318 = 17·9‰ „ 1902 353 = 19·8‰ } Mittel 357·6 = 20·1‰ „ 1903 462 = 22·5‰	Im ganzen 1901 90 davon Einheim. 49 oder 2·0‰ „ „ 1902 83 „ „ 48 „ 2·1‰ „ „ 1903 118 „ „ 54 „ 3·0‰ Die Sterblichkeit an Tuberkulose betrug im ganzen im Jahre 1901 2·57‰ der Bevölkerung, die bezüglichen Sterblichkeitsverhältnisse der Einheimischen sind somit im Kurort Meran günstiger als in Tirol überhaupt.
Gries (Tirol)	Mortalitätsverhältnisse bei der durchschnittlichen Einwohnerzahl von rund 4000: Todesfälle unter den einheimischen Bewohnern von Gries: Im Jahre 1898 70 Todesfälle, d. i. 1·8 Prozent „ „ 1899 66 „ „ „ 1·7 „ „ „ 1900 74 „ „ „ 1·9 „ „ „ 1901 73 „ „ „ 1·8 „ „ „ 1902 52 „ „ „ 1·3 „	1898 2 Personen 1899 1 „ 1900 2 „ 1901 4 „ 1902 2 „
Abbazia	Es starben in der Gemeinde Volosca-Abbazia unter den Einheimischen im Jahre 1898 98 an verschied. Krankheiten, 8 an Tuberk. 1899 105 „ „ „ 9 „ „ 1900 92 „ „ „ 6 „ „ 1901 71 „ „ „ 7 „ „ 1902 101 „ „ „ 8 „ „ Die Einwohnerzahl dieser Gemeinde ist (es findet nur alle 10 Jahre eine Volkszählung statt) nur vom Jahre 1900 ermittelt und beträgt 4695.	

(Fortsetzung).

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
Die Morbidität an Tuberkulose von solchen Personen, die Krankenpflege versehen, läßt sich ebensowenig wie die Mortalität ziffermäßig angeben. Jedenfalls kommen aber bei solchen Erkrankungen an Tuberkulose, welche zweifellos auf Ansteckung zurückzuführen sind, nur selten vor. Mehrere der hiesigen hier beschäftigten Ärzte behaupten sogar, solche Fälle überhaupt nie beobachtet zu haben. Auch ist die Sterblichkeit an Tuberkulose bei den Ordensschwestern, welche sich der Krankenpflege widmen, kaum eine größere als bei anderen Ordensschwestern, welche andere Verrichtungen besorgen.	Amtlich bestätigt.
Weder ein Erkrankungs- noch ein Todesfall nachweisbar. Aus den Totenprotokollen ist bis jetzt nicht herauszufinden, ob irgend eine mit Krankenpflege betraut gewesene Person namhaft erkrankt oder gestorben ist. Hierzu muß jedoch bemerkt werden, daß es hierorts überhaupt nicht üblich ist, daß die Einheimischen, zumeist Bauern, ihre Kinder zur Krankenpflege abgeben. Die Krankenpflege wird von auswärts zugereisten, zum Teil sich nur vorübergehend hier aufhaltenden Wärterinnen oder von Ordens-Kreuzschwestern besorgt.	Bei einer Fremdenbewegung in den letzten 5 Jahren von jährlich beiläufig 3000 sind folgende Todesfallziffern erwähnenswert: 1898: Gesamtzahl der Todesfälle (Fremde, d. i. nicht hier Zuständige und Einheimische) 97, und zwar Zahl der fremden Todesfälle 27, der Einheimischen 70 (darunter 2 Tuberkulöse). 1899: Gesamtzahl der Todesfälle 81, u. zw. Fremde 15, Einheimische 66 (darunter 1 Tuberkulöser). 1900: Gesamtzahl der Todesfälle 107, u. zw. Fremde 33, Einheimische 74 (darunter 4 Tuberkulöse). 1901: Gesamtzahl der Todesfälle 106, u. zw. Fremde 33, Einheimische 73 (darunter 4 Tuberkulöse). 1902: Gesamtzahl der Todesfälle 88, u. zw. Fremde 36, Einheimische 52 (darunter 2 Tuberkulöse). Amtlich bestätigt.
Es ist kein Erkrankungs- oder Todesfall nachweisbar, der aus der direkten Übertragung der Tuberkulose von seiten eines lungenkranken Kurgastes auf einen Einheimischen, der sich mit der Pflege des ersteren befaßte, entsprungen wäre.	Von den 38 Verstorbenen waren nach unseren Forschungen (Dr. Kurz) 11 erblich belastet: Aus d. J. / Prot.-Nr. 1898: 87 Vlah T. 21 J. {Die Mutter 64 Jahre alt, starb 1904 an Tuberk. 1898: 90 Sucich E. 20 „ {Vater vor Jahren an Tuberk. gestorben. 1898: 102 Tomasic F. 11 „ {Eine Schwester ist krank an Tuberk. 1899: 16 Mandic E. 26 „ {Vater 65 Jahre, 1903 an Tuberk. gestorben. 1899: 44 Bakačič F. 35 „ {Tochter 25 Jahre, 1903 an Tuberk. gestorb. 1899: 67 Klauščck K. 20 „ {Vater 1901 an Tuberk. gestorben. 1900: 11 Puž A. 53 „ {Tochter krank an Tuberkulose. 1901: 21 Stroj G. 35 „ {Mann 1904 an Tuberkulose gestorben. 1901: 50 Radosic A. 17 „ {Vater 3 Jahre früher in Lussin an Tbk. gest. 1902: 19 Brandstätter M. 35 „ {Frau 34 Jahre alt, 1903 an Tuberk. gestorb. 1902: 72 Gruber A. 22 „ {Mutter an Tuberkulose gestorben. Amtlich beglaubigt.

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 189 1900, 1901, 1902 in der Gemeinde an Lungen tuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mi Ausnahme der fremden Lungenkranken
Reichenhall	Reichenhall zählt 5000 Einwohner. Im Jahre 1903 wurden in der Stadt 120 Todesfälle im ganzen (Kurgäste abgerechnet) verzeichnet.	Im Jahre 1903 erlagen im Stadtgebiete Reichen hall der Tuberkulose 13 Menschen = 9·35 Prozen der Gesamtmortalität. 1902 war der Prozentsat 9·09. 1901 = 9·12 Prozent.
Reinerz	1898 Einw.-Z. 648 — Todesfälle derselben überhaupt 1 1899 „ 679 — „ „ „ — 1900 „ 632 — „ „ „ 1 1901 „ 633 — „ „ „ 2 1902 „ 632 — „ „ „ 1 Gute hygienische Verhältnisse, mildes Höhenklima, vorzügliche Quellwasserversorgung, Straßenreinigung, Kanalisation u. dgl.	1898 Es starben an Lungentuberkulose 0 Persone 1899 „ „ „ „ 0 „ 1900 „ „ „ „ 1[1]) „ 1901 „ „ „ „ 0 „ 1902 „ „ „ „ 0 „
Görbersdorf	Einw.-Z. (Nichtkurgäste) — Sterbefälle — Verhältnis 1898 711 — 13 — 1·82 1899 700 — 9 — 1·28 1900 717 — 11 — 1·54 1901 786 — 12 — 1·53 1902 751 — 10 — 1·46 Durchschnitt 733 — 11 — 1·50	1898 1 (vor zirka 20 Jahren anscheinend gesund zu gezogen, jedoch aus tuberkulöser Famili stammend). 1899 1 (vor wenigen Jahren erst als Lungenkranke zugezogen). 1900 0. 1901 1 (als Lungenkranker vor wenigen Jahren zu zogen). 1902 0.
Ems	Einw.-Z. 6492, Sterbefälle im J. 1898 79 = 12·1‰ „ „ „ 1899 75 = 11·5‰ „ „ „ 1900 104 = 16·1‰ „ „ „ 1901 94 = 14·4‰ „ „ „ 1902 95 = 14·6‰ „ „ „ 1903 105 = 16·0‰	Erst mit dem 1. Februar 1903 wurde eine amtlich ärztliche Leichenschau eingeführt, es ist daher nu möglich, die Anzahl der an Lungentuberkulose Ve storbenen vom 1. Februar 1903 bis 31. Januar 19 anzugeben. Dieselbe beträgt 19.

[1]) Diese zog von außen zu, war bereits krank an Gehirntuberkulose und starb innerhalb eines Jahres.

land.

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
Kein Fall von direkter Ansteckung nachweisbar. Nach Dr. Rapps Zusammenstellung 1871 bis 1898 hatte Reichenhall (ohne Kurgäste) nur 7·65 Gesamtmortalität an Tuberkulose. Von den 20 Todesfällen kamen aber nur 7 Fälle auf den eigentlichen Kurort. Ein überraschend gutes Resultat!	Die Verhältnisse liegen hierorts günstig. Der Prozentsatz von 9·35 bleibt hinter dem Mittel der Tuberkulosensterblichkeit um einen guten Teil zurück. Trotz der größeren Anzahl von Kranken, die jährlich den Kurort besuchen, steigt die Zahl der Tuberkulosetodesfälle nicht, sondern schwankt seit vielen Jahren stets um 9 Prozent. Vom Bezirksarzt-Stellvertreter.
Nach den ärztlicherseits gemachten Beobachtungen sind Ansteckungen durch Fremde, beziehungsweise Übertragungen der Tuberkulose auf Krankenpflege und Dienstpersonal nicht vorgekommen.	Auch bei Personen, wie z. B. den angesessenen Logierhausbesitzern, oder dem Bade-, Milch- und Molkenpersonale, den Kehr- und Bedienungsfrauen, speziell solchen, die die Spucknäpfe reinigen, Abortewärterinnen etc. sind Ansteckungs- oder Todesfälle an Lungentuberkulose nicht vorgekommen, im Gegenteil können wir konstatieren, daß die Frauen, welche die Promenaden zu fegen und die Spucknäpfe zu reinigen haben, bis tief in die 70 alt geworden sind. Vom Magistrate.
Todesfälle solcher Personen sind bisher nicht beobachtet worden; Erkrankungsfälle äußerst selten. Eine einwandfreie Statistik über Erkrankung an Tuberkulose von dem Pflegepersonale der Lungenheilanstalten ist schwierig, einmal weil das Material ein fluktuierendes und weiter, weil das Dienstpersonal, besonders Dienstmädchen, häufig genug schon mit geschwächter Gesundheit herkommt. Stellungen in Görbersdorf werden in sehr vielen Fällen eben nur deshalb angenommen, um im Luftkurorte gleichzeitig Erholung und Kräftigung zu finden. Es können dagegen eine ganze Reihe von Personen angeführt werden, die seit Jahren und Jahrzehnten täglich in unmittelbarem Verkehr mit Lungenkranken und häufig genug schwer Tuberkulösen stehen (vor allen die Anstaltsärzte, dann Dienstpersonal, Arbeiter, Pfleger, Laboratoriumsdiener, Wäscherinnen usw.), bei denen jedoch bisher keinerlei ernstliche Erkrankungen an Tuberkulose festzustellen waren.	Dr. Brehmer hat im Jahre 1888 über die Mortalitätsverhältnisse Görbersdorfs Untersuchungen angestellt. Seine Ergebnisse finden sich in seinem Buche „Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht", Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889, auf Seite 76 ff. Danach starben in Görbersdorf in den Jahren von 1780 bis 1854 überhaupt 735 Personen oder per anno 10·07, und zwar an Lungenschwindsucht und Lungenkrankheit 30 Menschen oder jährlich 0·41. Seit 1854 bis 1880 276 oder 10·02 pro anno, und zwar an Lungenschwindsucht und Lungenkrankheit 5·0 oder jährlich 0·18. In den 5 Jahren (1898 bis 1902) starben nach obiger Zusammenstellung 55 oder pro anno 11; an Lungenschwindsucht und Lungenkrankheit 3 oder pro anno 0·6, respektive 0·2, wenn die zwei erst wenige Jahre vor ihrem Tode schon als tuberkulös erkrankt Zugezogenen außer Betracht gelassen werden. Seit 1854 dürften in Görbersdorf etwa 30.000 Tuberkulöse gewesen sein. Dr. Weiker.
Nach Rücksprache mit mehreren Emser Ärzten ist in den letzten Jahren kein derartiger Fall hier vorgekommen. Aus der Praxis des amtlichen Arztes möchte ich nur über einen derartigen Fall berichten: Ein Zimmerkellner, welcher ein masernkrankes Kind bediente, erkrankte selbst an schweren Masern; an diese schloß sich unmittelbar eine allgemeine Tuberkulose an, welcher Patient binnen kurzer Zeit erlag.	Amtlich bestätigt.

Untersuchungen in Bad Soden am Taunus.

Von Dr. August Haupt (1890).

Bei der erschreckenden Sterblichkeit an Tuberkulose, welche bei den Krankenpflegeorden in einem direkten kausalen Zusammenhang mit der Kontagiosität gebracht wird, hielt ich es für angebracht, meinen Nachforschungen in Soden eine ziffernmäßige Beweiskraft zu verleihen. Herr Lichtheim hat seinerzeit auf die Schwierigkeit solcher Statistiken hingewiesen, weil „besonders gerade diejenigen Individuen, welche mit den Kranken am meisten in Berührung kommen, eine flottante Bevölkerung bilden". Für das Sodener Warte- und Dienstpersonal trifft der „flottierende" Charakter wenig zu. Soden ist ein kleines Städtchen von 1500 Einwohnern mit rund 100 Vermietern, beansprucht also im Gegensatz zu vielen anderen Kurorten ein leicht übersehbares Dienstpersonal und reicht mit den aus den Nachbarorten kommenden Dienstmädchen ziemlich aus. Sie bilden $^1/_8$ des ganzen Gesindes. In den meisten Häusern besorgt die Frau mit Schwestern oder Töchtern die Verpflegung und Wartung des kranken Kurgastes selbst. Viele Häuser befinden sich im Besitze älterer Jungfern, die selbst oder mit Hilfe von Zimmermädchen die Betten machen, die Zimmer reinigen, die Bettvorlagen, Teppiche und Kleider ausklopfen, den Auswurf entfernen etc. — kurz und gut diejenigen Geschäfte besorgen, bei denen die im Zimmer verstreuten trockenen Sputa der meist nicht lege prophylaxis spuckenden Phthisiker leicht den Zutritt in die Atmungsorgane finden können.

Die Zimmermädchen verlassen am Ende der Saison mit von Trinkgeldern gefüllter Börse den Kurort und kehren auf ihr Dorf zurück, um im nächsten Sommer wieder zu kommen. Sie pflegen trotz großer Arbeit mit blühenderem Aussehen wegzugehen, als sie aus ihren ärmlichen Verhältnissen kamen. Nach ein- oder mehrmaliger Dienstleistung im Sommer hat das Zimmermädchen seine Summe zusammen und — ist nicht infiziert, sondern heiratet. In den verschiedenen, $^1/_2$ bis 2 Stunden von Soden entfernten Dörfern sind so unsere früheren Dienstmädchen seßhaft und kommen als Butter- und Eierfrauen wieder zu uns herein. Ihr guter Gesundheitszustand ist die beste Gewähr für die junge weibliche Generation dieser Dörfer, ihr Beispiel jährlich nachzuahmen. Indem ich also von Haus zu Haus ging und jedes mit der Wartung und Pflege der Kranken sich beschäftigende Familienmitglied und dann die der Hausfrau jetzt noch als ganz gesund genau bekannten ehemaligen Zimmermädchen (die letzte Saison 1889 blieb weg) registrierte, dabei die Verstorbenen auf ihre Todesursache hin gewissenhaft zu eruieren suchte, erhielt ich folgendes Resultat:

Ich habe zunächst alle diejenigen Personen zusammengestellt, welche sich seit Mitte der Fünfzigerjahre bis zum Jahre 1888 inklusive mit den kranken Kurgästen beschäftigt haben. Hausfrauen und Töchter ebenso wie Köchinnen, die in den Zimmern der Kranken keinen Verkehr hatten, blieben weg. Die aufgeführten Personen sind alle genau bekannt, teils als gesund bis heute, teils als erkrankt oder verstorben. Bei den letzteren erforschte ich die

Todesursache, bei den an Tuberkulose verstorbenen außerdem noch die hereditären Verhältnisse. Von den bis heute gesund gebliebenen Familienmitgliedern, respektive Haushälterinnen — 190 an der Zahl — standen im Dienste kranker Kurgäste 29 zwischen 1 und 5 Jahren, 31 zwischen 5 und 10 Jahren, 63 zwischen 10 und 20 Jahren, 35 zwischen 20 und 30 Jahren, 20 zwischen 30 und 35 Jahren und 12 zwischen 35 und 40 Jahren. Von den erkrankten, respektive verstorbenen Familienmitgliedern, bei denen Tuberkulose absolut ausgeschlossen werden kann — 38 an der Zahl — standen 9 zwischen 1 und 10 Jahren, 29 zwischen 10 und 40 Jahren im Dienst. Es erkrankten an Tuberkulose von den im Dienst von Kurgästen gestandenen Familienmitgliedern 10. Sie hatten sich beschäftigt 2 zwischen 1 und 5 Jahren, 2 zwischen 5 und 10 Jahren, 2 zwischen 10 und 20 Jahren, 3 zwischen 20 und 30 Jahren und 1 zwischen 30 und 40 Jahren. Von 238 Personen, die der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt waren, erkrankten innerhalb 40 Jahren und starben also 10 an der Tuberkulose, von denen 6 direkt hereditär belastet waren. Nr. 7 ist eine Frau, die über 30 Jahre lang Dienste tat und mit 57 Jahren an schwerer Pleuritis erkrankte, an die sich Phthise anschloß. Auch eine Schwester, die getrennt von ihr lebte, starb an Phthise. Nr. 8 ist ein Mädchen, das 3 Jahre Dienst leistete, und sich gelegentlich eines Fastnachtsballes, eben menstruiert, stark erkältete, anderen Tages heiser war und an der galoppierenden Schwindsucht starb. Nr. 9 war von Jugend auf, angeblich seit der Impfung, skrofulös, hatte skrofulöse Augenentzündungen, phthisischen Habitus und starb nach 10 jähriger Dienstleistung an Darmtuberkulose. Nr. 10 war Gewohnheitstrinkerin und starb an Delirium und Phthise. Von den Zimmermädchen konnte ich 415 bezüglich ihres jetzigen Befindens, respektive ihrer Erkrankung und eventuellen Todesursache eruieren. Von den 415 leben jetzt noch und sind gesund geblieben 398, 12 sind erkrankt, respektive verstorben an Krankheiten, die mit der Tuberkulose nichts zu tun hatten, und 5 sind an der Tuberkulose verstorben. Von diesen 5 sind 3 direkt hereditär belastet gewesen. Nr. 4 starb, nachdem sie sich an einen Potator verheiratet hatte, nach 7 jähriger Ehe an Phthisis, ebenso wie eine getrennt von ihr lebende Schwester. Bei Nr. 5 handelte es sich um ein Mädchen, das durch Kummer nach einer Geburt sehr herunterkam und schon mit Spitzenkatarrh vor seinem Eintritt zu tun hatte. Von diesen Zimmermädchen standen 156 einen Sommer im Dienst, 94 zwei Sommer, 75 drei Sommer, 56 vier bis zehn Sommer und 11 mehr als zehn Sommer.

Das gesamte Resultat der ersten Untersuchung ist demgemäß: Von 653 in einem Zeitraum von über 30 Jahren mit Phthisikern beschäftigten Personen sind 15 an der Tuberkulose erkrankt, davon 9 direkt hereditär belastet, von 2 anderen sind außerorts wohnende Geschwister gleichfalls an der Phthise gestorben.

In einer zweiten Untersuchung habe ich die seit 30 Jahren mit den kranken Kurgästen beschäftigten Berufspflegerinnen, Wäscherinnen, Heilgehilfen, Abreiber und Bademeister, respektive Badefrauen mit Gehilfen zusammengestellt, in Summa 50 Personen. Die Pflegerinnen kommen nur mit ganz

schweren Kranken zusammen, die Wäscherinnen bekommen die Taschentücher etc. vorgezählt im Zimmer, die Heilgehilfen und Abreiber machen ihre tägliche Morgenvisite und übernehmen das Nachtwachen bei Bettlägerigen, die Bademeister, respektive Badefrauen besorgen die Reinigung der von den Kranken benutzten Kabinette, respektive Reinigung der Badewäsche. Von diesen 50 sehr gefährdeten Personen sind im Laufe von 30 Jahren 44 gesund geblieben, 3 an anderen Krankheiten als Tuberkulose verstorben, von letzterer also 47 verschont geblieben. Nr. 48 ist eine Badegehilfin, die im ersten Monat ihres Aufenthalts in Soden eine Hämoptoe bekam, nachdem sie eben einen Ammendienst verlassen hatte. Sie diente noch 3 Jahre, heiratete, gebar in armseligen Verhältnissen und starb an Larynxphthise Nr. 49 ist ein Abreiber, der 2 Jahre im Dienste stand, angeblich gesund hier wegging, heiratete und 30 Jahre später an Phthise starb. Nr. 50 ist ein Abreiber, der, von Hause aus Schneider 12mal die „Lungenentzündung" hatte und der zwölften erlag. Er stand 25 Jahre im Dienste und war Phthisiker ebenso wie sein Bruder, der daran starb. Sein Großvater starb jung brustleidend und ein Onkel hatte 6mal Lungenentzündung. Also Heredität. Bei den zwei anderen waren Nachforschungen in dieser Richtung unmöglich.

III. Ri-

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner.	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken.
Bordighera	Eingeschriebene Einwohner in Bordighera sind 3886. Von 1898 bis 1902 war keine Epidemie oder ansteckende Krankheit oder allgemeine (ausgebreitete) Krankheit vorhanden. 1898 waren 52 1899 „ 58 1900 „ 62 1901 „ 50 1902 „ 55 } Todesfälle.	Im Jahre 1898 waren 6 „ „ 1899 „ 4 „ „ 1900 „ 6 „ „ 1901 „ 2 „ „ 1902 „ 7 } Personen an Tuberkulose gestorben (Fremde nicht einbegriffen).
San Remo		

Ich verzeichne ferner das Sterberegister von Soden nach amtlichen Quellen und ärztlicher Kontrolle. Sie zeigt folgendes Resultat: In Soden starben innerhalb 3 Jahren, vom 1. Januar 1887 bis zum 31. Dezember 1898 im ganzen 76 Personen. Bezüglich des Alters der Verstorbenen ist bemerkenswert, daß sich unter den 76 10 befanden zwischen 80 und 85 Jahren, 11 zwischen 70 und 80 Jahren und 9 zwischen 60 und 70 Jahren in Summa 30 über 60 Jahre. Kinder bis zum zehnten Lebensjahre starben 28. Es kommen also auf das Lebensalter zwischen 10 und 60 Jahren 18 Todesfälle in 3 Jahren. Unter den 76 Todesfällen in Soden innerhalb 3 Jahren befanden sich 7 durch Tuberkulose veranlaßte, nämlich 2 tuberkulöse Meningitiden von Kindern, 1 Knochentuberkulose eines Kindes und 4 Schwindsuchtsfälle Erwachsener. Bei 3 von diesen 7 konnte hereditäre Belastung festgestellt werden, die bei 2 anderen wegen hohen Alters der Verstorbenen (61, respektive 70 Jahre) nicht mehr zu ermitteln war. Unter den 7 an Tuberkulose Verstorbenen ist nur eine Person, die mit kranken Kurgästen beschäftigt war, eine Frau, die ebenso wie ihre Mutter an Alkoholismus litt und mit Phthise endete.

viera.

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten.	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen.
Unter den Angestellten der Hotels, von denen die bei weitem überwiegende Mehrzahl nicht Italiener sind und als solche bei Erkrankung in deutschen Krankenhäusern Aufnahme finden, ist von hier im Krankenhause während der letzten 5 Jahre wegen Tuberkulose ein Zimmermädchen zur Aufnahme gekommen, von der auch noch nicht sicher ist, ob sie nicht schon vorher tuberkulös war; da sie in einemfort bei Kranken, vorwiegend englischer Hotels tätig war. Aus Mentone kam eine Kaffeeköchin wegen tuberkulösen Spitzenkatarrhs zur Aufnahme. Unter dem Pflegepersonal des Krankenhauses selbst und unter den Pflegerinnen, die vom Hospital nach außen für Kranke zur Privatpflege abgegeben werden, die freilich auch nicht immer ausschließlich Lungenkranke in Pflege haben, ist während dieses Zeitraumes niemand an Tuberkulose erkrankt.	Von der Krankenhausverwaltung bestätigt.

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 189 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lunger tuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, m Ausnahme der fremden Lungenkranken

San Remo

	Mortalität	Einw.-Z.	Mittlere Sterblichkeitsziffer pro mille, mitinbegriffen die Todesfälle der fremden Kolonie
1898	367	20036	18·31
1899	350	20300	17·24
1900	463	20419	22·67
1901	386	20671	18·67
1902	384	21057	18·23

Im Jahre 1898 : 39
„ „ 1899 : 34
„ „ 1900 : 46
„ „ 1901 : 42
„ „ 1902 : 28

Nizza

Ospedaletti

Die Fälle an Tuberkulose hier in Ospedaletti sind außerordentlich selten. Vor einem Jahr starb eine Frau, die vor zwei Jahren hierher gezogen war (also wahrscheinlich schon vorher infiziert war) an Tuberkulose und vor längerer Zeit, etwa fünf Jahren, ein junger Mann. Jedenfalls sind die Fälle, seitdem Ospedaletti von Fremden aufgesucht wird (seit 1883), nicht häufiger geworden als früher.

Nervi

Es sind in Nervi von der einheimischen Bevölkerung gestorben:

1898 116 Personen[1])
1899 88 „
1900 102 „
} nach der Volkszählung von 1881: 6026 Einwohner

1901 106 „ bei 6766 Einw. (Z. v. 10. Febr. 1901)
1902 93 „ „ 6814 „ (Z. v. 31. Dez. 1902).

1898 starben von der einheimischen Bevölkerung 12 an Lungentuberkulose (5 M., 7 Fr.), außerdem 4 an neuropath. Tuberkulose, 1 an Darmtuberkulose.

Von den Männern waren 2 ohne Beruf (47 und 50 J.), 1 Maler 27 J., 1 Tischler 28 J., 1 Maurer 34 J.; Frauen: 11, 16, 19, 25, 31, 58, 38 J., ohne Beruf.

1899 starben 7 an Lungentuberkulose (3 M., 4 Fr.), außerdem 1 Hüftgelenkstuberkulose M. 25 J., 1 Miliartuberkulose M. 25 J., 1 Knietuberkulose, 1 Meningitis tuberculosa 11 Monate alt.

Von den Männern, die an Lungentuberkulose starben, waren 1 ohne Beruf, 29 J., 2 (Brüder) Bauern, 22 und 39 J. alt; Frauen 18, 26, 37, 64 J. ohne Beruf.

[1]) Totgeborene und in den ersten Lebensstadien Verstorbene sind dabei nicht mitgerechnet.

(Fortsetzung).

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
In den Jahren 1900 bis 1902 sind zwei Pflegerinnen (religiöse Schwestern) an Lungentuberkulose gestorben, die in der Fremdenkolonie Tuberkulosekranke gepflegt haben; sonst ist in den letzten 8 Jahren von solchen, die entweder als Pflegerinnen oder in anderer Beschäftigung mit Tuberkulosekranken in Berührung waren, niemand an Tuberkulose erkrankt.	Nach der Äußerung des amtlichen Arztes der Gemeinde San Remo hat die Fremdenkolonie den Gesundheitszustand dieser Stadt in keiner Richtung, speziell mit Rücksicht auf Tuberkulose, nachteilig beeinflußt. Meine privaten Untersuchungen bei den hiesigen Hoteliers ergaben dasselbe Resultat, d. h. unter den Hotelangestellten (Stubenmädchen, Kellnern, Lohndienern) ist keine dem Laien bemerkbare tuberkulöse Erkrankung vorgekommen, was sich auch durch die Auskunft des deutschen Hospitales in San Remo, wonach seit einer Reihe von Jahren wegen Tuberkulose nur 2 im Hotel Angestellte Aufnahme fanden, bestätigt. San Remo, 14. April 1904. Sanitätsrat Dr. Czirfusz, k. u. k. Vizekonsul.
Nicht bekannt	Kein Fall bekannt, wo Krankenpfleger oder Krankenpflegerinnen sich von den Erkrankten eine Krankheit zugezogen hätten. Unter der großen Zahl der Krankenpflegerinnen gibt es auch viele schwächliche Personen, die mit Vorliebe Dienste an der Riviera suchen, aber selbst auch unter diesen Prädisponierten konnte keine Infektion an Tuberk. nachgewiesen werden. Ärztlich bestätigt.
Seit 1889 ist mir kein einziger Fall einer Infektion mit Tuberkulose weder unter dem Warte- noch Dienstpersonale (und dasselbe ist hier seit Jahren das gleiche) bekannt geworden.	Die Gefahr der Infektion mit Tuberkulose unter Erwachsenen gering — die Furcht vor Ansteckung ist durchwegs übertrieben. Ärztlich bestätigt.
Brief der Oberin der Diakonissinnen Gräfin Graben.) Nervi, Villa Clementina. 10. Februar 1904. Von 30 Schwestern die seit 1895 durch mich hierhergezogen (es haben noch zirka 8 bis 10 andere Schwestern hier gearbeitet, auch von diesen weiß ich, daß jedenfalls die meisten gesund blieben, doch sind einige meinem Gesichtskreis entschwunden), hier arbeiteten, sind zwei an Tuberkulose erkrankt, eine von beiden daran gestorben. Beide waren hier anscheinend gesund. Die eine ging von hier am 1. April in das Bremer Diakonissenhaus, und zwar Ende Oktober noch wohl genug, um zur Arbeit in der Gemeindepflege einer kleinen norddeutschen Stadt be-	

	Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner	Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 1899, 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lungentuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, mit Ausnahme der fremden Lungenkranken
Nervi		1900 starben 14 an Lungentuberkulose (6 M., 8 Fr.) (außerdem 3 an Meningitis tuberculosa, 1 an Gelenktuberkulose). Von den Männern, die an Lungentuberkulose starben, waren vier 3, 23, 42 und 43 J. ohne Beruf, 1 Klempner, 28 J., 1 Matrose, 35 J.; Frauen ohne Beruf 13, 14, 19, 34, 36, 61 J., 2 ohne Altersangabe. 1901 starben 15 an Lungen- und Brustfelltuberkulose (6 M., 9 Fr.), außerdem 3 an Meningitis tuberculosa 10 Mon., 13 Mon., 3½ J., 1 an Darmtuberkulose. Von den Männern, die an Lungen- und Brustfelltuberkulose starben, waren 2 ohne Beruf, 2 u. 16 J., 1 Tischler, 47 J., 1 Industrieller, 53 J., 1 Matrose, 54 J., 1 Müller, 60 J.; Frauen 17 bis 55 Jahre alt, ohne Beruf. 1902 starben 6 Personen, 4 Männer und 2 Frauen, keine im Krankenpflegeberuf.

Fortsetzung).

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen
nimmt zu werden. Im November wurde dann aber eine Erkrankung der Lunge festgestellt. Sie hat sich in Davos gelegt. Ist in diesem Falle eine Ansteckung in Nervi doch etwas ganz Unerwiesenes, so hat der Zufall gewollt, daß die andere Schwester hier Tuberkulöse gar nicht gepflegt hat — es sei denn, daß eine Meningitis, die bei einem kleinen Kinde infolge von Masern auftrat und tödlich verlief, tuberkulöser Natur war. Sie gerade war überhaupt nur ganz vorübergehend in Nervi selbst in Arbeit. Jedenfalls verließ sie Nervi anscheinend ganz gesund am 1. Mai 1902. Nach einigen Monaten erkrankte sie an Blinddarmentzündung, wurde operiert — dann wurde die Lunge krank — das Gehirn wurde ergriffen und sie erlag nach kurzer Frist! Da die Mutter damals die Sache auf Nervi schieben wollte, da die Krankheit nicht hereditär in der Familie sei, habe ich damals gleich dargestellt, daß hier Ansteckung in der Pflege unmöglich war. Januar 1903. Hereditär belastet ist Schwester Maria Bachmann und bin ich selber. Erstere arbeitet seit 7 Jahren hier, ich seit 9 Jahren. Wir sind beide von der Krankheit nicht ergriffen. Von den Dienstboten kann ich zu meiner Genugtuung dasselbe sagen, speziell an einigen bleichsüchtigen Stubenmädchen, die sich hier prachtvoll erholten, habe ich viel Freude gehabt. Ich bemerke noch, daß alle Wäsche im Hause gewaschen wird und ich schon 5 Frauen in der Waschküche beschäftigte, die keinerlei Anzeichen einer Ansteckung gehabt haben. Zwei Schwestern waren, als sie herkamen, nicht ganz gesund auf der Lunge. Sie sind aber gesund abgereist. Gehören die Dienstboten entschieden in gewissem Sinne zum Pflegepersonal, namentlich die Stubenmädchen, die die Betten machen, so ist ein anderer Fall nicht dahin zu rechnen, der mir aber doch für die Erforschung des ganzen Problems nicht uninteressant scheint. Eine Nichte der eben genannten Schwester Maria Bachmann wurde uns, weil hochgradig nervös und sehr schwächlich, als 10jähriges Kind hergeschickt. Sie blieb 3 Monate, erholte sich sichtlich und ist seitdem (3 Jahre sind darüber hingegangen) gesund. Sie ist natürlich immerfort im Kreise der Phthisiker mit gewesen. Amtlich keinerlei Fälle von Ansteckung bekannt geworden.	Bestätigt von Dr. Ortenau in Nervi auf Grund amtlicher Zeugnisse.

Sterbefälle in Mentone an Lungentuberkulose

während der Jahre 1899, 1900, 1901, 1902, 1903.

Monate	1899	1900	1901	1902	1903	Im Gan
Januar	7	7	6	5	7	32
Februar	6	3	7	9	8	33
März	8	10	2	3	3	26
April	4	6	3	4	8	25
Mai	3	1	3	2	5	14
Juni	3	5	2	2	3	15
Juli	2	6	3	2	5	1
August	.	2	2	1	4	9
September	1	2	3	1	2	9
Oktober	2	3	3	3	1	12
November	1	4	2	4	2	13
Dezember	4	5	2	5	1	17
Im Ganzen	41	54	38	41	49	223

Durchschnittssumme: 223 : 5 = 45.

Von 223 kommt die Zahl von Todesfällen bei Fremden, d. i. 94 in Abzug, also:

— 94

129.

Durchschnittssumme der an Tuberkulose verstorbenen Einheimischen: 129 : 5 = 25·8.

NB. Das Sterblichkeitsverhältnis in Mentone ist günstiger als in vielen Hauptstädten des Kontinentes auch betreffs der Tuberkulose unter Einheimischen noch zirka 1 Prozent günstiger als im Mittel der europäisc Hauptstädte.

Lausanne

Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Gemeinde nach den amtlichen Angaben, berechnet im Verhältnis zur Zahl der Einwohner.

Vorzügliche hygienische Verhältnisse. Sterblichkeit pro 1000 Einwohner 1898 16·2
1899 16·7
1900 15·1
1901 15·3
1902 16·1.

Spezielle Anzahl der pro jedes der Jahre 1898, 18 1900, 1901 und 1902 in der Gemeinde an Lung tuberkulose überhaupt verstorbenen Personen, n Ausnahme der fremden Lungenkranken.

Jahr	Absolute Zahl der an Tuberkulose verstorb. Einwohner	Relative Zahl pe 1000 standige Ein
1898	106	24·8
1899	111	25·0
1900	85	18·3
1901	84	18·1
1902	96	19·8

(Fortsetzung).

Gesamtsterblichkeit in Mentone.

Monate	1899		1900		1901		1902		1903		Im Ganzen	
	Gesamtsterblichkeit	Tuberkulose (Fremde)	Gesamtsterblichkeit	Tuberkulose (Fremde)	Gesamtsterblichkeit	Tuberkulose (Fremde)	Gesamtsterblichkeit	Tuberkulose (Fremde)	Gesamtsterblichkeit	Tuberkulose (Fremde)	Monatliche Sterbefälle	Monatl. Tuberkulosefälle
Januar	31	6	29	1	24	6	23	2	37	5	144	20
Februar	28	6	26	2	50	5	32	6	35	6	171	25
März	27	6	34	6	40	1	23	2	19	1	143	16
April	27	1	30	3	19	2	26	1	26	6	128	13
Mai	16	2	16	.	22	1	16	1	20	2	90	6
Juni	10	1	21	.	15	.	11	.	17	.	74	1
Juli	14	.	15	.	13		13	.	24	.	79	.
August	8	.	16	.	11	.	9	.	15	.	59	.
September	11	.	11	.	6	.	10	.	13	.	51	.
Oktober	8	.	17	.	14	1	15	.	9	.	63	1
November	16	1	17	1	18	1	12	1	14	1	77	5
Dezember	29	3	23	1	19	.	24	2	23	1	118	7
Im Ganzen	**225**	**26**	**255**	**14**	**251**	**17**	**214**	**15**	**252**	**22**	**1197**	**94**

Schweiz.

Erkrankungs- und Todesfälle solcher Personen an Tuberkulose, welche während des Aufenthaltes der lungenkranken Fremden speziell die Pflege, eventuell persönliche Bedienung dieser fremden Kranken übernommen hatten	Allgemeine Bemerkungen über diese ganze Angelegenheit und Erfahrungen, welche die Gemeindeverwaltung und die Ärzte gemacht haben, eventuell Ergebnis der hierüber bereits angestellten statistischen Untersuchungen und Erwägungen.

1.	2.	3.	4.	5.	6.
			I. Fremde in Davos laut der amtlichen Fremdenkontrolle		
Jahr	**Anzahl**	**Aufenthaltstage**	**Bemerkungen**	**1900** Nationalität	**Anzah**
Vorbemerkung. *Diejenigen Fremden, welche ihren dauernden Aufenthalt in Davos genommen haben, sind in untenstehenden Zahlen nicht inbegriffen. Wie erheblich ihre Zahl ist, kann man daraus ersehen, daß bei der Volkszählung am 31. Dezember 1900 in Davos außer 1387 Davoser Bürgern noch 3086 andere Schweizer und 3861 Ausländer anwesend waren, während die Zahl der für d. Fremdenkontrolle gemeldeten Kurgäste am 1. Januar 1901 nur 266 Schweizer und 2268 Ausländer oder zusammen 2534 Personen betrug. Hiebei ist noch zu beachten, daß bei den 3861 Ausländern nur diejenigen Fremden mitgezählt wurden, die bereits 3 Monate in der Landschaft anwesend waren oder sich doch voraussichtlich solange hier aufhalten würden.*			Am 15. August 1871 Gründung des Verschönerungsvereines, welcher am 12. März 1875 den Namen „Kurverein Davos Platz" annimmt.	Deutsche	4820
			1873 Erstellung der Tobelmühle-Wasserleitung.	Engländer	2642
			1882 Beginn der Arbeiten für die allgem. Kanalisation.	Schweizer	4558
			Am 5. Mai 1884 Gründung des Kurvereines Davos-Dorf.	Franzosen	868
			1884 Erstellung der Flüela-Wasserleitung.	Holländer	494
			1885 Korrektion des Landwassers. — Umgestaltung der seit 1867 bestehenden Meteorologischen Station.	Belgier	336
				Russen	684
1886	6830	—	Mit dem 1. Januar Beginn der amtlichen Fremdenkontrolle. — Einrichtung als Terrain-Kurort.	Österreicher . . .	396
1887	6325	—	Einrichtung d. ersten elektrischen Straßenbeleuchtung und Übernahme der Eisbahn durch den Kurverein.		
1888	6208	—	Übernahme der Meteorologischen Station durch den Kurverein.	Portugiesen, Spanier, Italiener u. Griechen	462
1889	6872	—	Am 1. Oktober Eröffnung der Teilstrecke Landquart-Klosters der Rhätischen Bahn.		
1890	10167	—	Am 20. Juli desgl. Kloster-Davos.	Dänen, Schweden u. Norweger . . .	95
1891	10239	—	Bau und Einrichtung des jetzigen Bureaus des Kurvereines.		
1892	11656	—	Neubau des Eisbahn-Pavillons.	Amerikaner . . .	322
1893	12590	—	Einrichtung der elektrischen Hausbeleuchtung und der neuen elektrischen Straßenbeleuchtung.		
1894	12700	—		Angehörige anderer Nationen	123
1895	13220	449755	Weiterführung der Kanalisation nach Davos-Dorf.		
1896	13380	507198	Erbauung des Absonderungshauses.	**Summe**	**15800**
1897	14295	514928	Neufassung der Flüelaquellen.		
1898	15137	549721	1897, 1898 und 1899 Korrektion der Obergasse.		
1899	15995	595848	Beginn mit der Anlage öffentlicher Schmuckplätze und mit Baumpflanzungen. — Am 26. Dezember 1899 Eröffnung der Drahtseilbahn Davos-Platz-Schatzalp.		
1900*	**15800**	**614562**	Mit dem 1. April Vereinigung der Kurvereine Davos-Platz und Davos-Dorf zum Kurvereine Davos. — Am 25. Juni beginnt die 36 Mann starke Kurkapelle ihre Tätigkeit. — Mit dem 1. August Inkrafttreten des Gesetzes über die Desinfektion aller von Tuberkulösen bewohnten Zimmer.	**Höchste bisher gleichzeitig anwesend gewesene Anzahl in der Woche vom 9. bis 15. Februar 1901 = 2795 Fremde.**	

* Siehe die Erläuterung in Spalte 5 und 6.

(Fortsetzung).

betreffs der Jahre 1876—1900.

7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.

II. Geburten und Sterbefälle in Davos

laut des amtlichen Zivilstandsregisters

Jahr	Geboren					Gestorben					Einwohnerzahl	Bemerkungen
	Davoser	Nicht-Davoser	Insgesamt	Davon: männl.	Davon: weibl.	Davoser	Nicht-Davoser	Insgesamt	Davon: männl.	Davon: weibl.		
1876	36	35	71	42	29	30	43	73	39	34	—	Unter Davoser sind nur die Davoser Bürger, unter Nichtdavoser alle übrigen Ortsanwesenden, also Kurgäste, Passanten, Geschäftsreisende und sonstige Erwerbende verstanden, gleichviel ob sie Ausländer, Bürger anderer Gemeinden des Kantons Graubünden oder Bürger anderer Kantone der Schweiz waren. Die Angaben in den Spalten 9 und 14 lassen sich daher nicht ohne weiteres mit den Zahlen in Spalte 2 vergleichen.
1877	38	30	68	37	31	23	47	70	43	27	—	
1878	38	38	76	41	35	30	54	84	53	31	—	
1879	36	46	82	46	36	31	39	70	39	31	—	
1880	27	43	70	39	31	21	50	71	41	30	3533 Volkszlg.	
1881	37	52	89	39	50	19	60	79	57	22	—	
1882	45	53	98	57	41	24	59	83	58	25	—	
1883	53	65	118	63	55	31	48	79	45	34	—	Die Davoser Bevölkerung zeigt trotz der großen Steigerung der Fremdenzahl von einigen hundert im ganzen Jahre 1876 auf durchschnittlich 1684 Fremde täglich während des ganzen Jahres 1900, von denen die große Mehrzahl Kranke sind — siehe auch die Vorbemerkung zu Spalte 1 bis 3 — doch dauernd ein außerordentlich günstiges Verhältnis zwischen Geburten und Todesfällen; in den 25 Jahren seit 1876 überwiegt die Summe der Geburten diejenige der Todesfälle um volle 50%.
1884	39	59	98	51	47	20	72	92	55	37	—	
1885	42	51	93	51	42	29	74	103	69	34	—	
1886	37	76	113	49	64	36	69	105	67	38	—	
1887	43	69	112	63	49	36	68	104	55	49	—	
1888	43	76	119	60	59	27	72	99	66	33	3891 Volkszlg.	
1889	34	70	104	47	57	23	89	112	75	37	—	
1890	33	81	114	58	56	24	103	127	78	49	—	
1891	42	94	136	73	63	27	91	118	75	43	—	
1892	54	104	158	77	81	29	102	131	81	50	—	Die nebenstehende Einwohnerzahl von 8334 Personen setzt sich wie folgt zusammen:
1893	36	115	151	72	79	30	118	148	92	56	—	
1894	28	105	133	72	61	29	118	147	101	46	—	1387 Bürger von Davos,
1895	39	93	132	54	78	31	127	158	107	51	—	1710 „ anderer Gemeinden Graubündens,
1896	37	97	134	63	71	24	130	154	95	59	—	1376 Bürger anderer Kantone d. Schweiz,
1897	35	115	150	80	70	16	122	138	92	46	—	3861 Ausländer, welche bereits 3 Monate in der Landschaft anwesend waren oder doch voraussichtlich sich solange hier aufhalten werden.
1898	40	101	141	72	69	11	154	165	110	55	—	
1899	43	113	156	78	78	19	150	169	104	65	—	Im Jahre 1880 und 1888 sind als Einwohner nur diejenigen Fremden mitgezählt worden, welche eine eigene Haushaltung führten und deshalb Niederlassungsbewilligung erhalten hatten.
1900	33	138	171	86	85	28	153	181	107	74	8334 Volkszlg.	
Summe	968	1919	2887	1470	1417	648	2212	2860	1804	1056	—	

I. Liste der an Tuberkulose verstorbenen Davoser Bürger.

Aufgestellt nach den amtlichen Sterberegistern der Landschaft Davos. 1876—1900.

Laufende Nummer	Todesjahr	Nummer des amtlichen Sterberegisters	Krankheit	Alter Jahre	Bemerkungen
1	1876	38	Tuberkulose	43	1883, 1884 und 1886 waren keine Todesfälle a Tuberkulose zu verzeichnen.
2	1876	50	Lungenschwindsucht	43	*Fälle, in denen die Krankheit bestimmt nac längerem Aufenthalt im Tieflande mit heimge bracht wurde.
3	1877	68	Lungenschwindsucht	56	Außerdem sind eine Anzahl Fälle vorhanden
4	1878	6	Lungenschwindsucht	32	bei denen sich dies vermuten, aber nicht meh
5	1879	35	Lungenschwindsucht	43	feststellen läßt.
6	1880	45	Lungenschwindsucht*	34	
7	1881	22	Magenschwindsucht	20	
8	1881	38	Lungenschwindsucht	60	
9	1882	42	Chronische Lungenschwindsucht	36	
10	1882	43	Lungenschwindsucht	20	
11	1885	13	Lungenschwindsucht	62	Diagnose unsicher, kann auch chronische Pneumonie ohne Bazillen gewesen sein.
12	1887	36	Lungenschwindsucht*	53	Diagnose unsicher, sehr wahrscheinlich Aktinomykose und *nicht* Tuberkulose.
13	1887	100	Rückenmarkstuberkulose	52	
14	1888	60	Lungenschwindsucht	24	
15	1888	65	„ *	23	
16	1889	8	Lungenschwindsucht*	44	
17	1889	47	„	46	
18	1890	19	Lungenschwindsucht	25	
19	1890	83	„	28	
20	1890	105	„	13	
21	1890	113	„	31	
22	1891	60	Lungenschwindsucht	1	
23	1891	118	„ *	55	
24	1892	44	Lungenschwindsucht	55	
25	1892	76	„ *	19	
26	1893	11	Lungenschwindsucht	43	
27	1893	36	„	21	
28	1893	104	„	35	
29	1894	77	Lungenschwindsucht	32	
30	1894	87	„	63	
31	1895	43	Lungenschwindsucht	39	
32	1896	104	Lungenschwindsucht	12	
33	1897	60	Lungentuberkulose	15	
34	1898	84	Miliartuberkulose	5	
35	1899	32	Lungen- u. Kehlkopfschwindsucht*	30	
36	1899	35	Lungenschwindsucht	66	
37	1899	72	Gehirntuberkulose	19 Tage	
38	1900	137	Miliartuberkulose	13	

An Tuberkulose verstorbene Davoser Bürger.

In den 25 Jahren von 1876 bis 1900 starben also von der einheimischen Bevölkerung in Davos an Tuberkulose im ganzen . . . . 38 Personen oder, wenn man die beiden Fälle Nr. 11 und 13 fortläßt nur . 36 Personen, von denen 6 unter 15 und 30 (32) über 15 Jahre alt waren.

Bei 648 Gesamt-Todesfällen in dieser Zeit, ergibt sich eine Durchschnitts-Sterblichkeit für das Jahr von . . . 25·92 Personen, oder bei einer Durchschnittsbevölkerung von $\frac{1299+1266+1306+1387}{4} = 1315$ auf das Tausend jährlich 19·71 Personen.

Bei 36 (38) Gesamtfällen stellt sich die Sterblichkeit an Tuberkulose auf jährlich . . . . . 1·20 (1·28) Personen, oder auf das Tausend der Bevölkerung jährlich . . 0·91 (0·97) Personen.

Also nur 4·64 (4·94)% der Gesamt-Todesfälle sind solche infolge Tuberkulose gewesen, welche Zahl noch wesentlich günstiger wird, läßt man die *nachweisbar* eingeschleppten 7 Fälle fort.

Im Deutschen Reiche starben 1894 bis 1897 nach dem „Berichte über den Kongreß zur Bekämpfung von Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 1899"

auf das Tausend Einwohner jährlich . . . . 21·8,
davon an Tuberkulose . . . . . 2·25.

Also mehr als 10% aller Todesfälle waren solche infolge Tuberkulose.

Zieht man nur die Personen über 15 Jahre in Betracht, läßt hierbei die beiden Fälle Nr. 11 und 13, sowie die 7 Nr. 6, 12, 15, 16, 23, 25 und 35 fort, so bleiben nur 23 Fälle übrig, was jährlich . . . 0·92 Personen ausmacht, oder auf das Tausend der Bevölkerung . . . 0·70 Fälle, während in Deutschland nach dem angeführten Werke 1894 bis 1897 im Alter von 15 bis 60 Jahren an Tuberkulose auf das Tausend Lebender starben . . . . . 2·95 Personen.

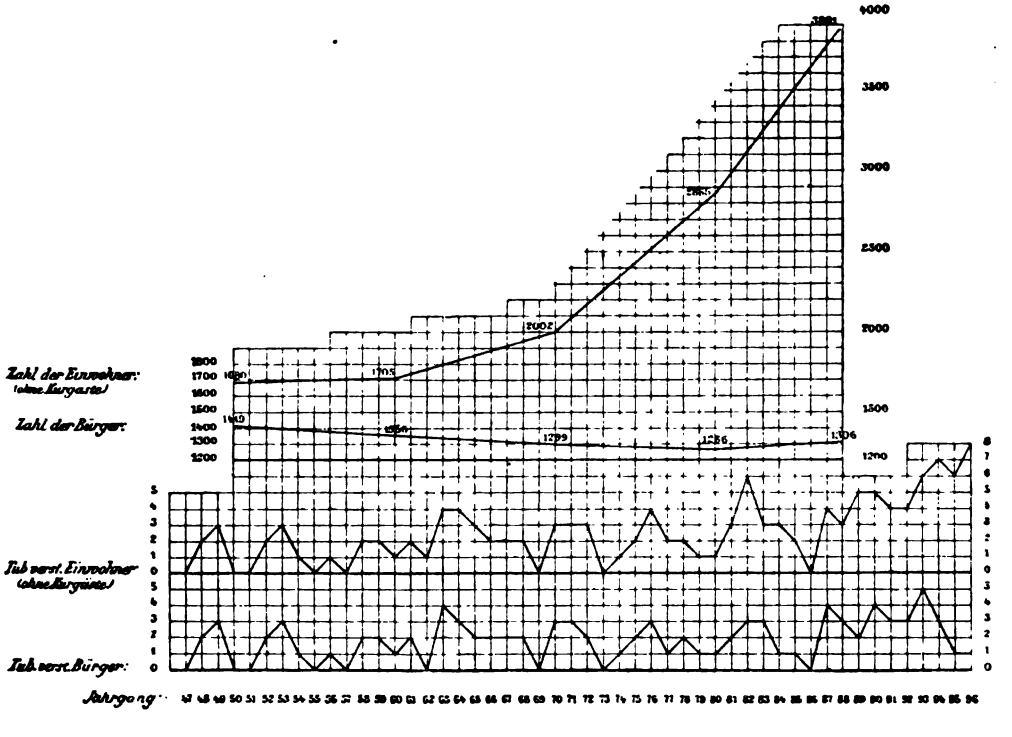
Und obige Zahlen dürften für Davos insofern nicht zutreffen, als außer den nachgewiesenen 7 Fällen sicher noch eine ganze Anzahl direkt oder indirekt auf Ursachen zurückzuführen ist, die außerhalb der Davoser Verhältnisse liegen. Daß die hier aufgeführten Fälle mit den in der Arbeit des † Dr. Werner Aebi: „Liegt für die umwohnende Bevölkerung von Lungen-Kurorten eine vergrößerte Ansteckungsgefahr für Tuberkulose vor? Nr. 2 des Korrespondenz-Blattes für Schweizer Ärzte für 1898" nicht durchwegs übereinstimmen, hat darin seinen Grund, daß Dr. Aebi den Begriff „Davoser Bürger" nicht streng eingehalten hat.

Für Deutschland sind die angeführten Zahlen nach den Angaben a. a. O. insofern zu günstig, als einerseits in den letzten Jahren eine Abnahme zu beobachten ist; als anderseits aber die Zahl der amtlich gemeldeten Tuberkulose-Todesfälle von der Wirklichkeit übertroffen wird. Für Deutschland standen uns eben nur die drei günstigen Jahre 1894 bis 1897 aus der neueren Zeit zu Gebote, während die ungünstigere Periode von 1876 bis 1893, weil nicht bekannt, außer Betracht bleiben mußte.

Die umwohnende Bevölkerung von Lungenkurorten ist einer vergrößerten Ansteckungsgefahr für Tuberkulose nicht ausgesetzt.

Jahrgang	Wohnbevölkerung ohne Kurgäste	In Davos Verstorbene: Kurgäste tub.	Kurgäste n. tub.	Einwohner tub.	Einwohner n. tub.	Zusammen	Tub. verst. Einwohner: z. Wohnbevölkerung in ‰	Eingewanderte	Bürger	Bürgerbevölkerung	Tub. verst. z. Zahl d. Bürger in ‰
1847		—	—	—	30	30	—	—	—		—
1848		—	—	2	35	37	—	—	2		—
1849		—	—	3	28	31	—	—	3		—
1850	1680	—	—	—	33	33	—	—	—	1419	—
1851		—	—	—	32	32	—	—	—		—
1852		—	—	2	29	31	1·18	—	2		1·42
1853		—	—	3	25	28	1·77	—	3		2·14
1854		—	—	1	26	27	0·59	—	1		0·71
1855		—	—	—	31	31	—	—	—		—
1856		—	—	1	36	37	0·58	—	1		0·72
1857		—	—	—	32	32	—	—	—		—
1858		—	—	2	29	31	1·17	—	2		1·46
1859		—	1	2	41	44	1·17	—	2		1·46
1860	1705	—	1	1	26	28	0·58	—	1	1356	0·73
1861		—	—	2	24	26	1·16	—	2		1·48
1862		—	—	1	29	30	0·57	1	—		—
1863		—	—	4	41	45	2·26	—	4		2·98
1864		—	—	4	37	41	2·24	1	3		2·24
1865		—	—	3	32	35	1·66	1	2		1·50
1866		2	—	2	24	28	1·09	—	2		1·50
1867		5	1	2	32	40	1·08	—	2		1·51
1868		6	1	2	35	44	1·07	—	2		1·52
1869		8	—	—	36	44	—	—	—		—
1870	2002	11	3	3	29	46	1·49	—	3	1299	2·30
1871		14	1	3	46	64	1·43	—	3		2·31
1872		7	2	3	27	39	1·37	1	2		1·54
1873		16	1	—	31	48	—	—	—		—
1874		24	1	1	52	78	0·42	—	1		0·77
1875		18	2	2	38	60	0·82	—	2		1·56
1876		26	3	4	40	73	1·57	1	3		2·34
1877		25	1	2	42	70	0·76	1	1		0·78
1878		33	3	2	46	84	0·74	—	2		1·57
1879		20	3	1	46	70	0·35	—	1		0·78
1880	2865	36	—	1	34	71	0·34	—	1	1266	0·78

Jahrgang	Wohnbevölkerung ohne Kurgäste	In Davos Verstorbene: Kurgäste tub.	Kurgäste n. tub.	Einwohner tub.	Einwohner n. tub.	Zusammen	Tub. verst. Einwohner: z. Wohnbevölkerung in ‰	Eingewanderte	Bürger	Bürgerbevölkerung	Tub.verst. z. Zahl d. Bürger in ‰
1881		35	3	3	36	77	1·00	1	2		1·57
1882		29	5	6	36	76	1·92	3	3		2·35
1883		34	—	3	42	79	0·92	—	3		2·34
1884		44	5	3	40	92	0·88	2	1		0·77
1885		47	3	2	51	103	0·57	1	1		0·77
1886		44	4	—	57	105	—	—	—		—
1887		39	4	4	57	104	1·06	—	4		3·07
1888	3891	45	4	3	47	99	0·79	—	3	1306	2·29
1889		54	8	5	45	112	—	3	2		—
1890		64	4	5	54	129	—	1	4		—
1891		55	8	4	51	118	—	1	3		—
1892		50	4	4	69	127	—	1	3		—
1893		69	7	6	66	148	—	1	5		—
1894		83	6	7	51	147	—	4	3		—
1895		84	4	6	64	158	—	5	1		—
1896		78	10	8	58	154	—	7	1		—



II. Geburten und Sterbefälle in Davos

laut des amtlichen Zivilstandsregisters.

Im Jahre	Geboren					Gestorben					An Tuberkulose verstorbene Davoser Bürger			
	Davoser	Nicht-Davoser	Insgesamt	Davon: männlich	Davon: weiblich	Davoser	Nicht-Davoser	Insgesamt	Davon: männlich	Davon: weiblich	Anzahl	Nummer des amtl. Sterberegisters	Krankheit	Alter
1901	27	150	177	82	95	21	152	173	117	56	1	92	Lungentuberkulose	32
1902	34	148	182	98	84	25	184	209	140	69	5	37	Lungentuberk.	27
												118	Multiple Tuberk.	18
												123	Lungentuberk.	69
												173	„	15
												180	Meningitis tub.	5
1903	38	153	191	90	101	20	174	194	137	57	2	65	Lungentuberk.	37
												88	„	44

Davos-Dorf.

Dr. H. Philippi im Sanatorium in Davos-Dorf äußert sich über die Frage der Ansteckung folgendermaßen:

In den vergangenen $4^1/_2$ Jahren, während welcher das Sanatorium Davos-Dorf im Besitze der Herren Frey & Neubauer ist, frequentierten die Anstalt 340 Patienten und 281 gesunde Begleiter,. von denen die Mehrzahl nur 1 bis 2 Tage blieb, ferner waren in diesem Zeitraume 144 Angestellte tätig respektive 136, wenn die wirtschaftlichen und ärztlichen Direktoren nur einmal gerechnet werden. Weder von den Begleitpersonen, auch solchen, die monatelang mit Patienten im gleichen Zimmer wohnten, noch von den Angestellten, auch denjenigen, die die Reinigung der Spucknäpfe zu besorgen hatten, ist ein Fall von Infektion mit Tuberkulose bekannt geworden. Außer gelegentlich auftretenden Erkältungskrankheiten, auch Influenza, kamen bei 2 Zimmermädchen Folgekrankheiten einer schon früher durchgemachten Pleuritis vor, wohl durch anstrengende Arbeit veranlaßt.

Verbreitung der Tuberkulose in Graubünden.

Auf Veranlassung des kantonalen Sanitäts-Departements haben diesem s. Z. 57 Ärzte ihre bezüglichen Berichte eingereicht; von diesen 57 meldeten 8 Ärzte, welche sich vorwiegend oder ausschließlich der Kurpraxis widmen, keine einheimischen Phthisiker zu kennen. Die Zusammenstellung erstreckte sich somit auf 49 Berichte, und zwar — den Bezirk Münstertal ausgenommen — aus sämtlichen Bezirken des Kantons.

Diese Berichte melden an tuberkulösen Affektionen 690 Fälle, wovon 480 speziell der Lungen.

Indem wir nachstehend die sämtlichen Fälle in den vier auch schon in der amtlichen Zusammenstellung verwendeten Gruppen aufführen, möchten wir noch folgende Bemerkungen vorausschicken:

1. Es ist unseres Wissens das erstemal, daß eine solche Feststellung für ein größeres Gebiet erfolgte.

2. Dieses Gebiet enthält keine größeren Städte etc., die wegen ihrer besonderen Verhältnisse auszunehmen wären.

3. Die Terrain- und klimatischen Verhältnisse sind dafür die denkbar verschiedensten; im Rheintale wächst vorzüglicher Wein; die höchsten Orte aber liegen nahe der Waldgrenze, wo nur noch Tanne, Lärche und Arve gedeihen.

4. Wie die Zusammenstellung am Schlusse ergibt, ist das Abnehmen der Tuberkulose mit steigender Höhe ein so konstantes, daß von einem Zufalle nicht gut die Rede sein kann, trotzdem die Aufnahme nur ein Jahr umfaßt.

Die große Verschiedenartigkeit innerhalb derselben Gruppe ist wohl auf lokale Verhältnisse zurückzuführen — sei es in günstigem, sei es in ungünstigem Sinne, häufiger und schwerer allerdings in letzterem.

III. Verbreitung der Tuberkulose in Graubünden im Jahre 1895.

Amtliche Aufnahme des kantonalen Sanitäts-Departements.

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
a) Orte in der Höhe v. 285—599 Meter					
1	St. Vittore . .	285	517	2	3·87
2	Roveredo . .	303	1072	2	1·87
3	Grono	351	574	5	9·14
4	Lostallo . . .	431	356	1	2·81
5	Maienfeld . .	505	1227	15	12·22
6	Fläsch	528	408	3	7·35
7	Mastrils . . .	550	379	1	2·64
8	Haldenstein .	564	418	8	**19·14**
9	Igis	567	1057	18	17·03
10	Zizers	568	1140	15	13·16
11	Untervaz . .	570	1065	9	8·45
12	Malans . . .	581	948	9	9·49
13	Ems	585	1445	10	6·92
14	Felsberg . . .	592	531	5	9·42
15	Chur	596	9259	143	15·44
Summe 15 Gemeinden mit			20396	246	12·08

Zu 5, 8, 9, 10 und 15. Es ist wohl kein Zufall, daß diese Orte mit den höchsten Ziffern im Rheintale von Chur bis Maienfeld zusammen liegen, und daß auch die noch dazwischen liegenden Orte Zahlen nahe dem Durchschnitte zeigen.

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
b) Orte in der Höhe v. 600—999 Meter					
1	Rothenbrunnen	618	80	3	**37·50**
2	Jenins	633	417	5	11·99
3	Grüsch . . .	638	681	5	7·34
4	Trimmis . . .	648	757	7	9·25
5	Bonaduz . . .	654	603	8	13·27
6	Cazis	656	713	6	8·42
7	Maladers . .	960	346	4	4·17
8	Fürstenau . .	665	316	4	12·66
9	Schiers . . .	665	1992	21	11·04
10	Tamins . . .	677	585	7	11·97
11	Rodels . . .	695	134	1	7·46
12	Sils	704	441	7	15·87
13	Ilanz	718	787	8	10·17
14	Thusis	723	1069	12	11·23
15	Kästris . . .	726	395	3	7·60
16	Schnaus . . .	738	116	1	8·62
17	Jenaz	750	997	5	5·02
18	Brusio	755	1149	1	0·87
19	Schleunis .	756	409	3	7·33
Fürtrag . . .			11987	111	

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
b) Orte in der Höhe v. 600—999 Meter					
	Übertrag . . .		11987	111	
20	Paspels . . .	778	279	2	7·17
21	Scharans . .	778	492	2	4·07
22	Sagens . . .	779	441	3	6·80
23	Ruis	790	390	3	7·69
24	Bondo	810	282	2	7·09
25	Tomlis . . .	810	279	1	3·58
26	Küblis	822	512	10	19·53
27	Vallendas . .	823	463	9	19·44
28	Tiefenkastels .	852	199	5	25·13
29	Arvigo . . .	885	155	2	12·90
30	Trins	897	775	14	18·06
31	Surava . . .	901	137	2	14·60
32	Fideris . . .	902	405	3	7·41
33	Furth	908	111	2	18·02
34	Versam . . .	909	390	4	10·26
35	Fanas	913	278	3	10·79
36	Seewis	920	1116	9	8·07
37	Luzein . . .	958	565	3	5·31
38	Andeer . . .	982	575	6	10·43
39	Stampa . . .	990	537	1	1·86
40	Saas	995	657	7	10·65
Summe 40 Gemeinden mit			21025	204	9·74
c) Orte in der Höhe v. 1000—1499 Meter					
1	Luvis . . .	1000	270	1	3·70
2	Laax	1002	308	2	6·49
3	Alvaschein . .	1005	144	2	13·89
4	Waltensburg .	1010	378	2	5·29
5	Poschiavo . .	1020	2958	29	9·80
6	Augio	1034	115	1	8·70
7	St. Domenica	1040	94	1	10·64
8	Somvix . . .	1045	1173	2	1·71
9	Serneus . . .	1050	144	1	6·94
10	Filisur	1059	273	1	3·66
11	Pitasch . . .	1061	116	3	25·86
12	Flims	1102	791	3	3·79
13	Valzeina . . .	1103	215	5	23·26
14	Malix	1126	385	2	5·19
15	Cauco	1132	110	1	9·09
16	Disentis . . .	1141	1332	1	0·75
17	Cumbels . . .	1145	331	1	3·02
18	Brienz	1150	143	2	13·99
19	Fardün . . .	1164	38	1	26·32
	Fürtrag . . .		9318	61	

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
c) Orte in der Höhe v. 1000—1499 Meter					
	Übertrag . . .		9318	61	
20	Andest . . .	1175	223	4	17·94
21	Canuns . . .	1176	103	1	9·71
22	Portein . . .	1178	47	1	21·28
23	Alveneu . . .	1183	321	3	9·35
24	Duvin	1185	113	2	17·70
25	Präz	1192	232	1	4·31
26	Conters . . .	1208	156	7	44·87
27	Obervaz . . .	1214	768	10	13·02
28	Klosters . . .	1215	1529	2	1·31
29	Churwalden .	1217	680	3	4·41
30	Fellers . . .	1218	329	1	3·04
31	Remüs	1226	533	1	1·88
32	Savognino . .	1237	505	5	9·90
33	Villa	1244	267	1	3·75
34	Schuls	1246	947	3	3·17
35	Vals	1248	708	2	2·82
36	Reanes . . .	1259	240	2	8·33
37	Sarn	1269	179	3	16·76
38	Landavenca .	1272	58	1	17·24
39	Salux . . .	1276	310	4	12·90
40	Riein . . .	1280	178	1	5·62
41	Obersaxen . .	1287	728	4	5·49
42	Roffna	1289	80	2	25·00
43	Tinzen	1289	436	7	16·06
44	Seth	1291	202	1	4·95
45	Brigels . . .	1300	848	1	1·18
46	Lenz	1320	350	11	31·43
47	Braggio . . .	1340	111	1	9·01
48	Morissen . . .	1347	169	1	5·92
49	Peist	1347	184	1	5·44
50	Bergün . .	1370	427	5	11·71
51	Langwies . .	1377	305	4	13·11
52	Stürvis . . .	1378	178	2	11·24
53	Präsanz . .	1389	132	1	7·58
54	Lumbrein . .	1410	535	2	3·74
55	Tarasp . . .	1414	322	1	3·11
56	Süfers . . .	1424	118	1	8·47
57	Lavin	1425	245	1	4·08
58	Süs	1427	364	2	5·49
59	Sent	1433	1013	6	5·92
60	Wiesen . . .	1439	166	2	12·05
61	Mühlen . . .	1461	130	1	7·69
62	St. Antönien .	1470	357	2	5·60
63	Feldis	1479	149	3	20·13
64	Innerferrera .	1480	53	1	18·87
Summe 64 Gemeinden mit			25346	182	7·18

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
d) Orte in der Höhe v. 1500—1880 Meter					
1	Parpan . . .	1500	68	1	14·71
2	Schleins . . .	1541	627	3	4·78
3	Safien	1560	526	1	1·90
4	**Davos** . . .	1562	3891	8	2·06
5	Nufenen . . .	1572	213	2	9·39
6	Sur	1618	137	3	21·90
7	Fetan	1650	434	6	13·82
8	Guarda . . .	1650	262	3	11·45
9	Scanfs	1668	402	3	7·46
10	Ponte	1688	211	1	4·74
11	Bevers . . .	1710	151	1	6·62
12	Zuoz	1718	429	2	4·66
13	Celerina . . .	1724	296	1	3·38
	Fürtrag . . .	7647	35		

Lfd. Nr.	Gemeinde	Höhe ü. M. Meter	Einw.-Zahl	Tuberkulöse	Mithin Tuberk. auf 1000 Einw.
d) Orte in der Höhe v. 1500—1800 Meter					
	Übertrag . . .	7647	35		
14	Samaden . .	1724	843	5	5·93
15	Sils	1797	194	6	**30·93**
16	Pontresina . .	1800	510	2	3·92
17	Silvaplana . .	1816	299	2	6·69
18	St. Moritz . .	1844	710	6	8·45
19	Arosa	1880	88	2	22·73
	Summe 19 Gemeinden mit	10291	58		5·64

Daß **Davos** hier ebenso günstig abschneidet wie bei den statistischen Notizen unter B II und III, dürfte es der Gunst seiner klimatischen Verhältnisse und den sanitären Einrichtungen des Kurortes wie der verbesserten Lebenshaltung seiner Bewohner verdanken.

Zusammenstellung.

Liste a) 15 Gem. auf 285—599 Met. ü. M. mit 20396 Einw. 246 Tuberk., also 12·08 auf 1000 Einw.
„ *b)* 40 „ „ 600—999 „ „ „ „ 21025 „ 204 „ „ 9·74 „ 1000 „
„ *c)* 64 „ „ 1000 - 1499 „ „ „ „ 25346 „ 182 „ „ 7·18 „ 1000 „
„ *d)* 19 „ „ 1500—1880 „ „ „ „ 10291 „ 58 „ „ 5·64 „ 1000 „

Insgesamt: 138 Gem. auf 285 – 1880 Met. ü. M. m. 77058 Einw. 690 Tuberk., also 8·97 auf 1000 Einw.

Wenn wir uns die Details der einzelnen Tabellen näher ansehen, so werden wir bemerken, daß nicht überall das Bestreben der Kurorte ein gleiches ist, das offene Licht des Tages auf ihre Statistik fallen zu lassen. Hervorragend in der Offenheit der Aussage, in der unermüdlichen Tätigkeit einer gesunden und wohltätigen Publizität steht die Kurverwaltung von Davos da. Sie führt die genaueste Kontrolle der Mortalitätsverhältnisse nicht nur des Ortes, sondern auch der umliegenden Kantone, um den Beweis zu liefern, wie wenig die einheimische Bevölkerung einer Infektion mit Tuberkulose durch die fremden Kurgäste ausgesetzt ist, wie das Krankenwartepersonal und die Dienerschaft unversehrt bleibt, ja wie diese Verhältnisse immer eher besser als schlechter werden. Überdies veröffentlicht sie in kurzen Fristen und ohne jeden Rückhalt und Beschönigung die Schwankungen des Wetters, der Temperatur, die Grade der Feuchtigkeit und versetzt die Ärzte sowie die Lungenkranken der ganzen Welt in stete Kenntnis

von dem richtigen Momente zum Beginne der Kur. In ähnlicher Weise sorgen die Anstalten zu Görbersdorf für eine prompte und wahre Statistik. Auch von vielen anderen Orten Deutschlands und Österreichs sind uns, wenn auch oft erst nach inständigem Bitten, umfassende Daten übergeben worden. Wir sagen allen den Kurverwaltungen, Ärzten und Gemeindevorständen hierfür den innigsten Dank. Große Schwierigkeiten bot die italienische und französische Riviera, die bis jetzt noch nirgends solche Daten veröffentlichte. Wir sind dem österr.-ungar. Generalkonsulat in Nizza, dem österr.-ung. Konsulate zu San Remo und Mentone, namentlich aber Herrn Dr. Ortenau in Nervi zu lebhaftestem Dank verpflichtet, hierbei mitgewirkt zu haben, wir glauben aber auch, die Gemeindeverwaltungen der so lebhaft besuchten Orte werden es uns Dank wissen, daß wir durch Veröffentlichung der Daten manches Vorurteil beseitigt haben.

Wir hoffen, durch unsere Publikation die Anregung gegeben zu haben, daß nicht nur Landesverbände, sondern internationale Verbände der Sanatorien und Kurverwaltungen gebildet werden, welche sich

a) über gemeinsame prophylaktische Schutzmaßregeln gegen die Verschleppung der Tuberkulose einigen im Sinne der von dem internationalen Zentralbureau zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin beschlossenen Verordnungen,

b) welche unter möglichst gleichartigen Grundsätzen Vereinbarungen darüber zu treffen suchen, wie in Kurorten Beerdigungen stattzufinden haben, wie die Entschädigungen für Miete, Reinigung der Wäsche und des Mobiliares und die Kosten der Desinfektion zu bemessen sind,

c) welche eine internationale Statistik über die Mortalität und Morbidität der Bevölkerung in den Kurorten veranlassen,

d) welche für die Veröffentlichung dieser Daten Sorge tragen, da diese Veröffentlichung nur dazu dienen wird, den Schrecken, welchen die Tuberkulose erweckt, zu mildern, und den Kranken sowie ihren Angehörigen große Erleichterung zu gewähren.

Wohltuend und erhebend ist der Gedanke, daß der Kampf, den die ganze zivilisierte Welt gegen die Tuberkulose begonnen, durch diese Erfahrung eine neue und wertvolle Unterstützung gewinnt. Es zeigt sich vor allem, daß gerade in den Volksheilstätten für Lungenkranke, gerade dort, wo nur Tuberkulöse sich zusammenfinden, wo die Luft von Bazillen geschwängert, wo schon der Hauch des Mundes, wo das Kleid des Kranken totbringende Keime in sich tragen sollte, daß gerade dort das Wartepersonal, wiewohl es stets in unmittelbarstem Verkehr mit dem Kranken steht, nahezu vollkommen vor jeder Infektion gesichert ist. Selbst die katholische Barmherzige Schwester, welche der Tuberkulose bekanntlich am meisten ausgesetzt ist, bleibt in der Lungenheilstätte unberührt.

In gleicher Weise bestätigen aber auch die vorstehenden Aufzeichnungen, daß die offenen Kurorte, in denen jahraus jahrein Lungenkranke Linderung und Heilung finden, keineswegs hierdurch zur Infektion der ansässigen einheimischen Bevölkerung beitragen. Es ist eine Wohltat, den

Beweis hierfür zu liefern und das törichte, in nichts begründete Vorurteil zu bannen, als könne kein Gesunder ungefährdet nach einem solchen Kurorte, etwa nach Reichenhall oder Meran, Gleichenberg oder San Remo gehen. Je heftiger der Kampf gegen die Tuberkulose entbrennt, um so tiefer muß in uns die Überzeugung werden, daß wir uns vor nichts mehr zu bewahren haben, als vor Übertreibung und unnützer Furcht.

IV. Kapitel.

Die Reform der Krankenpflege in den Kulturländern.

Wer von der großen Bedeutung erfüllt ist, welche die Krankenpflege einnimmt, und wer anderseits in Erwägung zieht, was darin heute in den verschiedenen Kulturländern geleistet wird, der dürfte bei aller Anerkennung für die Fortschritte des vergangenen Jahrhunderts auch auf diesem Gebiete doch zur Erkenntnis kommen, daß der moderne Staat noch bei weitem nicht das Ziel erreicht hat, welches wir uns für die Ausbreitung und Vervollkommnung einer guten Krankenpflege wünschen müssen. Wie viele Berufszweige haben im vergangenen Jahrhundert die größten Fortschritte gemacht, wie viele Industrien sind neu erstanden und haben eine nach Millionen zählende geschulte Arbeiterschaft erzogen, welche unglaublichen Erfolge erringt das Kunstgewerbe, wie viele geschäftige Hände werden von den großen Erfindungen der Dampfkraft und der Elektrizität in Anspruch genommen?

Und gerade dort, wo die Fortschritte der öffentlichen Gesundheitspflege, der internen Medizin, der Chirurgie neue, erfahrene, verständige Mithelfer und Helferinnen brauchten, da versagt der Ruf und die Kräfte fehlen.

Es besteht in allen Kulturländern, in einigen natürlich mehr, in den anderen weniger, ein Mangel an Pflegekräften, selbst bei der heute noch ganz ungenügenden Anzahl von Heilanstalten. Mit dem größten und aufopferndsten Willen der heute wirkenden Kräfte ist das Auslangen nicht zu finden, und zudem werden die Kräfte oft nicht genügend, oft in unrichtiger oder in nicht wirksamer Weise ausgenutzt. Der Grund liegt wohl darin, daß der Beruf der Krankenwartung Kenntnisse und ein edles Herz **zugleich** erfordert.

Es ist kein Handwerk, wie es der Schlosser, kein Gewerbe, wie es die Stickerin mit der Nadel, die Spinnerin mit der Spule ausübt. Wer den Beruf ganz und voll erfüllen will, ans Bett des Kranken zu treten als ein Gehilfe des erfahrenen Arztes, ein Tröster des Leidenden, der muß nicht nur verstehen, was ihm obliegt, sein Herz muß auch mit-

empfinden, was der Kranke empfindet; stark muß die Hand und zart das Wort sein.

Wer kann sich da wundern, daß die Zahl der Berufenen kleiner ist als sie von der Sorge um das Wohl der Kranken in unseren Kulturländern jetzt immer gebieterischer gefordert wird.

Es müssen die Wege gesucht werden, auf welchen dem Mangel abzuhelfen ist, jene Übelstände zu beseitigen sind, welche teilweise Schuld tragen an diesem Mangel; es müssen Mittel angeben werden, welche in unserer Bevölkerung, und namentlich bei den für den Krankenpflegeberuf besonders geeigneten Frauen den Wunsch rege machen, sich der Krankenpflege zu widmen. Die früheren Kapitel dieser Arbeit werden vielleicht schon einiges dazu beigetragen haben, die Gefahren, welche der Beruf des Krankenpflegers in sich schließt, weniger groß, als im allgemeinen angenommen wird, erscheinen zu lassen. In dem gegenwärtigen nun sollen Vorschläge gemacht werden, wie mit Hilfe des Staates und aller anderen maßgebenden Faktoren das soziale Niveau dieses Berufes gehoben werden kann, wie für seine Angehörigen bei Krankheit und Invalidität gesorgt werden muß, damit alle, die sich ihm widmen, namentlich die Frauen, einen Erwerb und eine Stellung finden, die nicht zurückbleibt hinter jenen Berufen, die ihnen anderwärts offen stehen.

Freilich nur der Frau, die neben dem Erwerb den Zweck des Lebens darin findet, Gutes und Schönes zu vollbringen, nur dieser wird mit unseren Reformvorschlägen gedient sein. Und auch nur für diese tief angelegten, von reiner Menschenliebe erglühenden Herzen sind sie geschrieben und gedacht. Sie sind erdacht und geschrieben, weil wir uns der Pflicht bewußt sind, für jene einzutreten, die Leib und Seele, Jugend und Freude hinzugeben bereit sind aus Barmherzigkeit.

Obwohl wir bei unseren Reformvorschlägen selbstverständlich zunächst die Zustände des Pflegewesens in Österreich und Deutschland im Auge hatten, schien es uns dennoch eine dankbare, unseren Auseinandersetzungen förderliche Aufgabe zu sein, ihnen eine Darstellung der Pflegeorganisation in einem anderen, nach vielen Richtungen als Muster geltenden Kulturlande voranzuschicken, dem klassischen Vorbilde: England. Wir verdanken diese wertvollen Mitteilungen zum größten Teile Herrn Dr. med. et phil. Ernst v. Ofenheim, einem jungen, hochbegabten Arzte Großbritanniens, und ergänzen sie durch Beiträge englischer Hospitalverwaltungen, namentlich des St. Georges-Hospital. Sie werden, wie wir hoffen, für den Leser unserer Reformvorschläge vielfach lehrreich und von Interesse sein.

Die Organisation des Pflegedienstes in England.

Aufnahme und Erziehung.

Die in dem nachfolgenden anzuführenden Bedingungen, Bestimmungen und Regeln haben wohl im Detail keine allgemeine Giltigkeit, da jedes

Spital und jede Anstalt in der Regel seine eigenen Normen aufstellt. Es sollen daher hier nur allgemeine, namentlich für die größeren Institutionen geltende Vorschriften und allgemeine Bestimmungen angeführt werden.

In den meisten Anstalten werden Schülerinnen nur zwischen dem 23. und 25. Lebensjahre zur Ausbildung angenommen, an Kinderspitälern allerdings und kleineren Landspitälern (Cottage-Hospitals) sinkt diese Altersgrenze bis auf 21 und in einigen wenigen sogar auf 19 Jahre. An manchen größeren Instituten gibt es aber auch Vorbereitungskurse (preliminary Training), an welchen Teilnehmerinnen bis zur unteren Altersgrenze von 18 Jahren zugelassen werden. Die Entscheidung über Zulassung, Eignung oder Zurückweisung einer Kandidatin ruht ganz und ausschließlich in den Händen der Vorsteherin (Matron). Nach einer persönlichen Unterredung mit dieser muß die Kompetentin ein Formular ausfüllen, welches zumeist folgende Punkte umfaßt:

1. Name und Adresse,
2. ob Eltern leben,
3. Alter, Geburtstag und -Ort,
4. Körperhöhe und Gewicht (in manchen Anstalten bestehen hierfür bestimmte Grenzen),
5. Ort, wo erzogen,
6. ledig oder Witwe (verheiratete werden nirgends angenommen),
7. wenn Witwe, wann und wo der Mann starb, ob lebende Kinder vorhanden sind, deren Alter, und wie für dieselben gesorgt wird,
8. des Vaters oder verstorbenen Gatten Beschäftigung,
9. Art der früheren Beschäftigung und weshalb dieselbe aufgegeben wurde,
10. gegenwärtige Beschäftigung und weshalb dieselbe aufgegeben wird,
11. ob früher in einem Spital beschäftigt, wann, wo und wie lange,
12. Namen und Adressen zweier nicht verwandter Personen, die Auskünfte zu erteilen in der Lage sind; wie lange Kandidatin diesen Personen bekannt ist; wenn früher schon bedienstet, muß eine dieser Personen der frühere Dienstgeber sein,
13. Name und Adresse des sie behandelnden Arztes,
14. ob kräftig und immer gesund,
15. ob Sehkraft und Gehör normal,
16. Religion (in einzelnen Anstalten werden nur Angehörige einer bestimmten Religion angenommen),
17. im Falle der Aufnahme, zu welchem Termine von der Bewerberin der jährliche Urlaub gewünscht würde,
18. ob die Vorschriften der betreffenden Anstalt gelesen und deutlich verstanden wurden.

Diesem von der Bewerberin zu unterzeichnenden Formular müssen beigelegt werden:

1. Geburtsschein,
2. Trauschein (wenn Witwe),
3. Bescheinigung eines Arztes über den allgemeinen Gesundheitszustand und ob kein organisches Leiden vorliegt.

Nach Auskunft vom St. Georges-Spital wird daselbst auch ein sehr strenges zahnärztliches Zeugnis gefordert, da auf gesunde Zähne der größte Wert gelegt wird. Auch ist ein Impfzeugnis beizubringen.

Von vielen Spitälern wird überdies gefordert, daß sich die Petentin einer Untersuchung durch den Anstaltsarzt unterziehe.

Ist allen diesen Bedingungen — die allerdings sehr variieren — vollends entsprochen worden, dann wird die Bewerberin zu einer je nach der Anstalt verschiedenen 1 bis 3 Monate währenden Probedienstzeit zugelassen, während welcher sie keinen Gehalt bezieht, und sich in den meisten Fällen auch selbst mit Kleidung versorgen muß. Manche Anstalten geben bei nachfolgender Anstellung eine Entschädigung für diese Probezeit. — Aus dem vorstehenden ist zu ersehen, daß die Aufnahmsbedingungen keineswegs leichte sind, was wohl seine hauptsächlichste Begründung in dem starken Andrange finden dürfte, der in den meisten Spitälern zum Pflegerinnendienst stattfindet. Trotzdem muß alljährlich noch eine große Anzahl zurückgewiesen werden, was nicht verwunderlich ist, wenn man bedenkt, daß das Verhältnis der zu besetzenden Stellen zu der Zahl der Bewerberinnen in den einzelnen Anstalten zwischen 1 : 50 und 1 : 30 schwankt. (Guys Hospital z. B. hat jährlich zirka 90 Stellen zu vergeben und erhält durchschnittlich 3000 Eingaben!) Die Vorteile der sehr strenge gehandhabten Kontrolle der körperlichen Eignung sollen später noch erörtert werden.

Die Zeit der Ausbildung ist ebenfalls eine verschiedene und liegt gerade hierin vielleicht einer der Schäden des Mangels an Einheitlichkeit. Man findet Anstalten, die bereits nach einjähriger, und sogar solche, die schon nach halbjähriger Schulung ein Zeugnis über „gründliche Ausbildung" erteilen. Im allgemeinen aber gilt es als Norm, wenigstens in den größeren Institutionen, daß ein dreijähriger Unterricht mit einer Schlußprüfung und dann noch ein weiteres Dienstjahr gefordert wird.

Der Unterricht wird in Anatomie, Physiologie und in einzelnen Instituten auch in Pharmakologie oder Geburtshilfe von Mitgliedern des Ärztestabes erteilt, während die Oberin Vorlesungen über allgemeine Pflege hält und der praktische Teil den Schülerinnen von den Schwestern, denen sie zugeteilt sind, tradiert wird. (Siehe Organisation des Dienstes.) Die Schülerin wird ganz gründlich über die Gefahr der Ansteckung bei Krankheiten unterrichtet sowie über die Mittel der Verhütungen. Jede Warteperson hat sofort zu melden, wenn sie sich unwohl fühlt, und vom Dienste abzutreten.

Mit dem Augenblicke der definitiven Aufnahme muß in den meisten Anstalten die Schülerin die Verpflichtung übernehmen, dem betreffenden Unternehmen eine bestimmte Zeit zu dienen; diese schwankt zwischen 2 und 5 Jahren. Während dieser Zeit darf die Aufgenommene den Dienst meist nicht freiwillig aufgeben, es sei denn unter ganz besonders berücksichtigenswerten Umständen oder unter Zahlung eines ziemlich bedeutenden Pönales. Anderseits kann sie jedoch wegen schlechter Aufführung, Nachlässigkeit im Dienste oder erwiesener Unfähigkeit jederzeit sofort entlassen werden. In manchen Anstalten allerdings besteht eine gegenseitige ein- oder dreimonatliche Kündigungsfrist.

Es sei hier schon einer Institution Erwähnung getan, die ein erster Versuch zur Organisation des Pflegerinnenwesens war und welche schon tatsächlich reiche Früchte getragen hat. Es ist das im Jahre 1887 gegründete „Queen Victoria's Jubilee Institute for Nurses". Zweck dieser Institution ist es, Pflegerinnen nach einem einheitlichen System zu erziehen, nämlich: 2 Jahre Spitalsdienst und Unterricht an einem der großen allgemeinen Spitäler, ferner 6 Monate Praxis in der Pflege von Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern. Diejenigen, die späterhin in Landbezirken tätig sein wollen, müssen überdies einen dreimonatlichen Kurs in Geburtshilfe durchmachen. Kenntnisse in der Zubereitung von Krankenkost, sowie im Kochen überhaupt, werden hier, sowie in vielen anderen Institutionen gefordert. Pflegerinnen, die schon mit entsprechender Vorbildung aufgenommen werden, müssen eine Verpflichtung auf 1 bis 2 Jahre eingehen. Solche, die erst als Mitglieder des Unternehmens ihren Unterricht empfangen, müssen sich auf eine dreijährige Dienstzeit nach Beendigung ihrer Lehrzeit verpflichten. Die im Dienste dieser Gesellschaft stehenden Pflegerinnen führen den Titel „Queen's Nurses" und tragen ein besonderes Abzeichen. Sie werden ausschließlich dazu verwendet, um mittellose Kranke in ihren eigenen Wohnungen zu pflegen, ohne Entgelt von seiten der Kranken. Das Unternehmen besitzt nicht weniger als 517 eigene Stationen mit einem Pflegerinnenbestand von 881. Diese Zahl umfaßt aber kaum die Hälfte des gesamten Personales, da die Gesellschaft mit vielen anderen Anstalten und Heimstätten Übereinkommen abgeschlossen hat, so daß ein großer Teil der ihr angehörigen Pflegerinnen in solchen untergebracht ist. Solcher Föderativunternehmungen gibt es noch eine ganze Reihe, z. B. Metropolitan Asylums Board; Affiliated Benefit Nursing Association etc. etc., es würde aber zu weit führen, in die Details jeder einzelnen einzugehen.

Organisation des Dienstes.

Wie in allem, so besteht auch in diesem Punkte Verschiedenheit, was aber wohl von lokalen Verhältnissen bestimmt wird und daher kaum zu ändern ist. Wenn man das in dieser Hinsicht vorliegende Material überblickt, so kann man wohl einen Durchschnitt machen, der in allgemeinen Grenzen doch ein Bild von der Tätigkeit einer Spitalspflegerin gibt.

Der Tagesdienst umfaßt zirka 14 Stunden, von 6 Uhr früh bis 8 Uhr abends, mit kurzen Pausen mittags und nachmittags für die Mahlzeiten (Abendbrot und Frühstück werden nach Abgabe, respektive vor Antritt des Dienstes gegeben). Überdies hat jede Schülerin durchschnittlich 2 Stunden des Tages, jede Pflegerin 3 oder mehr Stunden (nach Maßgabe der Arbeit) frei. Überdies geben manche Spitäler einen halben Tag in der Woche frei, andere einen ganzen Tag alle 14 Tage oder im Monat. Schülerinnen erhalten jährlich 2 bis 3 Wochen Urlaub, Schwestern und Pflegerinnen 3 bis 4, sogar bis zu 6 Wochen.

Der Nachtdienst umfaßt die restierende Zeit (von 8 Uhr abends bis 6 Uhr früh) mit denselben Pausen und Mahlzeiten wie bei Tag, nur mit

dem Unterschiede, daß die Nachtdiensthabenden keine Freistunden erhalten, wogegen sie fast überall allwöchentlich einen ganzen Tag frei bekommen. In der Regel darf eine Pflegerin nicht länger als 4 bis 6 Wochen ununterbrochen Nachtdienst halten, und soll die Summe der Nachtdienstperioden einer Pflegerin im Jahre nicht mehr als 3 Monate betragen.

So ist die Einteilung in den meisten größeren Anstalten beschaffen. In den kleineren und in den Provinzstädten und Landgemeinden treten natürlich bedeutende Abweichungen hiervon ein. Wie sehr verschieden die Menge der von einer Pflegerin zu verrichtenden Arbeit sein muß, erhellt am besten aus dem Verhältnis der Bettenzahl einer Anstalt zur Menge der Pflegerinnen. Dies war der Grund, weshalb diese Verhältniszahlen in den Tabellen (siehe Kapitel I) für sämtliche Spitäler einzeln berechnet, sodann auch das Mittel in jeder Tabelle aus der Gesamtsumme gezogen wurde und schließlich auch in der Gesamtübersicht das arithmetische Mittel für die einzelnen Provinzen und für die Totalsumme gesucht wurde. Wenn diese Zahlen auch keineswegs den Anspruch erheben können, eine Skala für größere oder geringere Leistungen des Pflegepersonales in den einzelnen Spitälern abzugeben, so können sie doch bei der allgemeinen Beurteilung als ein mitwirkender Faktor betrachtet werden. Hierbei dürfen alle die anderen Faktoren nicht übersehen werden. Vor allem ist der eine in Rechnung zu ziehen, daß die Zahl der Patienten mit der der Betten nicht immer übereinstimmt, da ja erstere fast täglich sich verändert. In London allerdings herrscht zur Zeit eine derartige Überfüllung der Spitäler, daß jedes freigewordene Bett sofort wieder besetzt wird. Anders ist es hingegen in den Provinzen. Wenn wir z. B. finden, daß im Hope Hospital (Pendleton near Manchester) 21·05 Betten, im Fever Hospital (Darlington) 16·66 Betten und im Fever Hospital and House of Recovery 20 Betten auf eine Pflegerin entfallen, so beweist dies keineswegs, daß die Pflegerinnen in den genannten Spitälern mit Arbeit überbürdet sind. Einerseits sind dies Provinzspitäler, anderseits fällt gerade bei diesen dreien noch der Umstand ins Gewicht, daß es Infektionsspitäler sind, die wohl nur zur Zeit von Epidemien voll besetzt sind, während sie sonst kaum zur Hälfte belegt sein dürften. Bei dem letztgenannten ist auch noch zu berücksichtigen, daß es zur Hälfte Rekonvaleszenten beherbergt, die ja keine so intensive Pflege beanspruchen. Wenn anderseits die auf eine Pflegerin entfallende Bettenzahl im Maternity Home and Nursing Institution (St. Clements) mit 0·5, im Hove Hospital for women (Brighton) mit 0·36 und im Maternity Hospital (Glasgow) mit 1·61 angegeben ist, so darf hierbei nicht vergessen werden, daß dies Gebäranstalten sind, in denen nicht nur die Pflege eine viel intensivere und anstrengendere ist, sondern in denen auch ein großer Prozentsatz des Pflegepersonales aus Hebammenschülerinnen besteht, die lediglich zur Vorbereitung auf die

Anmerkung: Das St. George-Hospital hat bei 350 Krankenbetten 4 ärztliche Vorsteher, 5 Beamte, 1 Kaplan, 24 Pflegeschwestern, 116 Wärterinnen, 28 Dienstleute, 22 Wartefrauen. Mit den Kranken 600 Personen Die Besetzung mit Pflegerinnen ist nirgends so ausgiebig wie in London.

Hebammenprüfung aufgenommen werden und durchschnittlich nur 3 Monate in der Anstalt verbleiben, so daß sie dieselbe gerade dann verlassen, wenn sie erst beginnen, Routine zu bekommen und sachverständig zu werden, während die neu Eintretenden für die Pflege nur von geringem Nutzen sind. Dies soll nur als Beispiel dafür dienen, wie viele und wie verschiedene Faktoren für die Beurteilung der Belastung des Pflegepersonales maßgebend sind. Auf dieselbe Weise erklärt sich auch die verhältnismäßig niedrige Durchschnittszahl für London von 5·61, da die Bettenzahl hier fast immer mit der effektiven Patientenzahl identisch ist, gegenüber der relativ höheren Verhältniszahl von 7·02 in England und Wales. Die Verhältniszahlen von Schottland (4·8) und Irland (4·17), die hiermit im Widerspruch zu stehen scheinen, erklären sich aber sehr einfach daraus, daß die Zahl der Spitäler in diesen Ländern im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte eine sehr niedere ist, womit alle jene Momente auch hier ins Gewicht fallen, die für London maßgebend waren und überdies noch zwei weitere Umstände hinzutreten, die geeignet sind, die Proportion zugunsten der Pflegerinnen herabzudrücken. Der eine derselben ist in dem Mangel besonderer Hebammenschulen zu suchen, wie solche in London existieren (in den Tabellen nicht verzeichnet), da infolgedessen die auszubildenden Hebammen in diesen Ländern unter dem Pflegepersonal der Spitäler figurieren, der andere aber liegt darin, daß es dort eine ganze Menge kleiner Spitäler gibt mit nur wenig Betten, die natürlich im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl mehr Pflegepersonal bedürfen als große Anstalten, bei denen das Prinzip der Arbeitsteilung mehr zur Geltung kommt.

Nach diesem kurzen Exkurs ins Reich der Statistik kehren wir aber wieder zur Dienstordnung der Pflegerinnen zurück, wie dieselbe in den meisten größeren und maßgebenden Spitälern Geltung hat.

Die Ingerenz in allen das Pflegepersonal betreffenden Angelegenheiten auf administrativem Gebiete (Aufnahmen, Approbation, Entlassung, Besoldung etc.) kommt allein der Vorsteherin oder Oberin (Matron) zu. In großen Spitälern, wo diese Tätigkeit oft eine recht umfangreiche ist, stehen der Oberin 1 bis 4 Assistentinnen bei (Assistent-Matron), auch ist meist eine besondere Aufsichtsperson für den Nachtdienst vorhanden (Night superintendent), der die Inspektion und Regulierung des Nachtdienstes zukommt. Überdies sind noch je nach Größe und Bestimmung der Anstalt Haushälterinnen, Wäscheverwahrerinnen, Oberschwestern der Pflegerinnenheime etc. vorhanden.

Der Titel „Schwester" (sister) im Gegensatze zu „Pflegerin" (nurse) bedeutet hier nicht, daß die Betreffende irgend einem Orden oder sonstigen Gemeinschaft angehört, sondern ist lediglich ein Rangtitel, der aus früheren Zeiten beibehalten wurde. In vielen Anstalten ist derselbe auch bereits in „Oberpflegerin" (head-nurse) verwandelt, mit dem dieser übrigens synonym ist. Jeder Krankensaal (Ward), wenigstens in größeren Instituten, ist einer „Schwester" oder „Oberpflegerin" unterstellt, die die Oberaufsicht in demselben führt, jedoch auch die Verantwortung für alles, was die Pflege anbelangt, trägt. Sie hat auch das Journal des Krankensaales und alle Listen

zu führen und — wo dies nicht durch Studenten geschieht — auch die Eintragungen in den Fieber- und Pulstabellen zu machen. Sie ist in betreff der Pflege direkt dem behandelnden Arzte unterstellt und nur diesem Rechenschaft schuldig. Ihr sind — je nach der Zahl der Betten oder Patienten — 1 bis 2 geprüfte Pflegerinnen und 1 bis 4 Schülerinnen unterstellt, die die schwerere, aber weniger Vorkenntnisse erfordernde Arbeit zu besorgen haben. Die Pflegerinnen avancieren zu „Schwestern", in manchen Anstalten den Fähigkeiten und dem Verdienste nach, in anderen nach der Anciennetät. Die Schülerinnen (Probationers) werden zu Pflegerinnen (nurses) nach der am Schlusse ihrer Ausbildungsperiode abgelegten Prüfung. — Speziell geschulte Masseusen werden innerhalb der Spitäler äußerst selten verwendet. Männliche Pfleger werden fast ausschließlich bei schweren Nervenleiden und in Irrenanstalten angestellt.

Nach Ablauf ihrer Dienstzeit im Spital können Pflegerinnen in den Status der Privatpflegerinnen des Spitales (wo ein solcher existiert) übernommen werden, wobei sie dann nur Verwendung außerhalb des Spitales finden. Mit der Vermittlung von geschulten Pflegerinnen an Privatpersonen befassen sich auch eine ganze Reihe von Gesellschaftsunternehmungen und von Privatinstituten und Agentien. Überdies aber praktizieren — wenn man so sagen darf — eine sehr bedeutende Zahl von Krankenwärterinnen auf eigene Faust, d. h. sie suchen ohne Vermittlung ihre Dienste anzubieten und zu verwerten. Die Zahl dieser, sowie der geistlichen Orden angehörigen, war leider amtlich nicht zu eruieren. Daher kommt es auch, daß als Endergebnis der zusammengestellten Tabellen nur eine Summe von 21537 Pflegern und Pflegerinnen erzielt wurde, während die Zahl der sich mit Pflege von Kranken berufsmäßig befassenden übereinstimmend auf 80000 Pflegepersonen geschätzt wird.

Besoldung.

Wir wenden uns nunmehr dem materiellen Punkte zu, der — wenngleich von geringerem allgemeinen Interesse, so doch auf das ganze Wesen der Pflege und vor allem auf das Wohl der Angehörigen dieses Standes einen sehr großen Einfluß hat.

Wie schon früher bemerkt, wird meist für den oder die Probemonate keinerlei Entgelt oder nur eine sehr geringe Remuneration gegeben. Die Schülerinnen müssen von Anfang in zwei Gruppen geteilt werden, in „zahlende" (paying probationers oder Lady-probationers). Die „Zahlenden" bekommen meist (nicht immer!) Wohnung und Verpflegung im Spital, jedoch keine Kleidung, und müssen für ihre Ausbildung und Nahrung zahlen. Der zu leistende Betrag ist durchaus nicht überall gleich, aber man kann im Durchschnitte annehmen, daß derselbe 1 Guinea (25 *K* 20 *h*) pro Woche beträgt. Diese „Zahlstellen" sind geschaffen unter Ausnutzung des starken Andranges, einerseits um mehr Schülerinnen aufnehmen zu können als das Spital unbedingt braucht, anderseits um auch den besser situierten Ständen, die nicht auf einen Broterwerb angewiesen sind, Gelegenheit zu

geben, sich in der Krankenpflege auszubilden, und sich jene Kenntnisse zu erwerben, die zur persönlichen Ausübung der Wohltätigkeit in Form von Armenkrankenpflege nötig sind. In der Tat widmen auch viele Damen aus der Gesellschaft — besonders Töchter von Ärzten, sowie andere ernster angelegte junge Mädchen, oder solche, die über die erste Jugendblüte hinaus sind, und nicht ihre ganze Befriedigung in ihrem Schoßhund finden — einen großen Teil ihrer Zeit, wenn nicht ihre ganze, dieser edlen und segensreichen Beschäftigung. Die gewöhnlichen Schülerinnen bekommen in vielen Anstalten im ersten Jahre auch keinen Lohn, jedoch überall freie Kost und Quartier und meistens auch die innerhalb der Anstalt zu tragende „Uniform", sowie freie Wäsche oder ein Wochenrelutum für dieselbe von 2 *s* 6 *d* (= 3 *K*). In der von ihnen zu verrichtenden Arbeit ist in den meisten Spitälern zwischen Zahlenden und Nichtzahlenden keinerlei Unterschied. In manchen Anstalten allerdings genießen die „Zahlenden" insofern ein Vorrecht, als sie von der schweren und niederen Arbeit, wie Speisegeschirr abwaschen, Boden kehren, Staub wischen etc. befreit sind, jedoch müssen sie alle die Patienten betreffenden Arbeiten ebenso verrichten, wie die gewöhnlichen Schülerinnen. In Anbetracht dieser Zeitersparnis und unter Voraussetzung eines (vielleicht nicht immer vorhandenen) höheren Intellektes bei der zahlenden Klasse, ist in manchen Institutionen die Ausbildungszeit für diese eine kürzere, so daß sie statt 3 Jahre nur 2, oder statt 2 Jahren nur eines zu lernen brauchen. Einige kleinere Spitäler machen direkt ein Geschäft aus den Zahlschülerinnen und erleichtern ihnen die Bedingungen auf Kosten der Ausbildung, so daß die Lehrzeit auf 6 und sogar auf 4 Monate herabgedrückt wird, nur um eine möglichst große Zahl von Schülerinnen anzuwerben. Charakteristisch ist es, daß diese Anstalten gerade die allerhöchsten Unterrichtsprämien fordern und dabei die niedrigsten Löhne zahlen. Glücklicherweise gibt es solcher Unternehmungen nur ganz wenige. In den allermeisten Anstalten bekommen die gewöhnlichen Schülerinnen auch schon im ersten Jahre eine kleine Entlohnung zon 6 bis 10 £ (= 144 bis 240 *K*), im zweiten Jahre steigt diese auf zirka 12 bis 15 £ (= 288 bis 360 *K*), im dritten auf 18 bis 20 £ (= 432 bis 480 *K*). Geprüfte und fest angestellte Pflegerinnen bekommen 25 bis 30 £ (= 600 bis 720 *K*), selbstverständlich freie Station und meist die im Spital zu tragende Kleidung oder das nötige Material, um sich dieselbe anzufertigen, oder ein jährliches Pauschale zur Beschaffung derselben bis zur Höhe von 5 £ (= 120 *K*). Manche größeren Anstalten geben auch die „Straßenuniform" (Out door-uniform), die aber sonst von den Pflegerinnen selbst angeschafft werden muß. — Vielleicht ist es hier am Platze, ein Wort über die Kleidung zu sprechen. Dieselbe ist in allen Spitälern und Anstalten verschieden, und wer sich die Mühe geben würde, all' die vielen, oft sehr subtilen Unterschiede kennen zu lernen, würde bald ebensogut in der Lage sein, nach der Tracht allein zu erkennen, welchem Institute die betreffende Pflegerin angehört, so wie man bei uns nach Aufschlags- und Knopffarbe das Regiment des Soldaten erkennt. Die im Krankensaale getragene Tracht ist fast überall dieselbe: lichtgraue oder lichtblaue, glatte, anliegende Waschkleider, mit

weißen übergestülpten Manschetten und ebensolchen Kragen. Eine in der Taille rückwärts geknöpfte weiße Latz- oder Trägerschürze und eine gestärkte oder gekrauste, kleine, weiße Haube, die das Haar krönt, ohne es zu verdecken, und mit weißen Bändern festgehalten wird, die sich unter dem Kinn zu einer breiten Masche vereinigen, vervollständigen das appetitlich-reinliche Bild der englischen „Nurse". Auf der Straße wird darüber ein langer, das Kleid ganz verdeckender Mantel getragen, der in Farbe und Schnitt je nach der Anstalt wechselt. Vom grellsten Scharlachrot (z. B. im Armeedienst) bis zum Tiefschwarz kann man da alle Nuancen finden, mit und ohne Kragen, mit und ohne Gürtel, Manschetten, Aufschlägen etc. Häufig sieht man Medaillen und sonstige Abzeichen, die entweder im Kriege erworben wurden oder als Auszeichnung für hervorragende Dienste oder aber bloß als Abzeichen gewisser Vereinigungen (z. B. Queen Victorias Jubilee Nurses Institute) dienen. An Stelle der Haube tritt ein kleiner, rückwärts ausgeschnittener Capothut, der gleichfalls durch Bänder unter dem Kinn festgehalten wird, und von dem nach rückwärts meist ein langer Schleier bis zur Taillenhöhe herabhängt. Hut und Schleier sind meistens von derselben Farbe wie der Mantel. In vielen, aber nicht in allen Anstalten ist das Tragen dieser Straßenkleidung obligat. Im St. Georges-Spital bildet die Farbe des Gürtels die wichtigste Distinktion.

Der Umstand, daß der Gehalt der Pflegerinnen in vielen Anstalten erst mit dem — natürlich sehr unbestimmten — Avancement zur „Schwester" oder „Oberpflegerin" steigt, ist wohl ein Hauptgrund, der sie dazu veranlaßt, nach ihrer obligaten Dienstzeit im Privatdienst sich ein reichlicheres Einkommen zu sichern. — Der Lohn der Schwestern beläuft sich im Anfang auf 30 bis 35 £ (= 720 bis 840 *K*) und steigt allmählich — entweder durch jährliche Zulagen oder durch Quinquennalerhöhung — bis zu 45 bis 50 oder sogar 60 £ (= 1080 bis 1200, beziehungsweise 1440 *K*). Hierzu kommt noch ein jährliches „Bierpauschale", das in manchen Anstalten gegeben wird, von 3 Guinea (= 75 *K* 60 *h*). Die Gehalte der Vorsteherinnen (Matron) schwanken zwischen 70 und 150 £, in einzelnen Fällen bis 200 £ (= 1680 bis 3600 *K*, beziehungsweise 4800 *K*).

Die Privatpflegerinnen sind entweder an ihren Anstalten mit fixem Gehalt angestellt und nur die Anstalt bezieht das von dem Patienten bezahlte Honorar, oder aber die Pflegerin bekommt ihre Bezahlung direkt und hat von ihrem Einkommen nur 7, 10 oder 15 Prozent für Vermittlung, Unterkunft etc. abzuliefern. Man zahlt für die Dienste einer Pflegerin durchschnittlich 1 bis 3 Guinea (= 25 *K* 20 *h* bis 75 *K* 60 *h*) pro Woche, bei Fällen von ansteckenden Krankheiten oder Geisteskranken fast das doppelte. Wochenbettpflege kostet zwischen 6 und 10 Guinea (= 151 *K* 20 *h* und 252 *K*).

Bezirksarmenpflegerinnen und Gemeindepflegerinnen erhalten (District Nurses und Cottage Nurses) zwischen 35 und 50 £ (= 840 und 1200 *K*).

Es gibt einzelne Institutionen, die von den Patienten eine Bezahlung der beigestellten Pflegerin nach Maßgabe der Vermögensverhältnisse des Patienten verlangen. Eine derselben (z. B. Gloucester District Nursing Society) teilt die Patienten in 3 Kategorien:

1. in solche, die den vollen Tarif zahlen können,

2. solche, die einen Beitrag leisten können, der in jedem einzelnen Falle nach dem Einkommen des Betreffenden berechnet und in Prozenten des vollen Tarifes ausgedrückt wird,

3. solche, die nichts zu zahlen in der Lage sind.

Alle drei Arten von Patienten erhalten aber das gleiche Maß und dieselbe Art von Pflege. Diese Art von Arrangements, die mir als die gerechteste und berechtigtste erscheint, ist gegenwärtig leider erst in sehr wenigen Anstalten eingeführt.

Unterkunft und Verpflegung.

Bei der großen Bedeutung, welche in hygienischer Beziehung diesen beiden Faktoren zukommt, dürfte es nicht unangebracht sein, ein Wort über dieselben zu verlieren, wiewohl sich auch hier keine allgemein giltigen Regeln aufstellen lassen. Die großen Spitäler streben es insgesamt an, für jede Pflegerin und Schülerin ein eigenes Zimmer beistellen zu können. In vielen von denselben ist dies auch bereits der Fall, in anderen haben wenigstens Schwestern und Pflegerinnen eigene Schlafzimmer, während die Schülerinnen größere gemeinsame Schlafsäle haben oder je zu zweit ein Zimmer teilen. Wesentlich anders ist dies natürlich in den kleineren Provinz- und Landspitälern. In diesen ist oft für das ganze Pflegepersonal nur ein Schlafsaal vorhanden, in welchem die Betten durch Vorhänge (Alkoven) voneinander getrennt sind. Der Mangel von Tages- oder Gesellschaftsräumen, wie solche in den Londoner Spitälern für dienstfreie Pflegerinnen fast immer vorhanden sind, wird allerdings in vielen von ihnen durch das Vorhandensein eines Parkes wettgemacht. Die idealste Unterkunft für Pflegerinnen, die wir zu sehen Gelegenheit hatten, war das Henrietta Home in Guys Hospital in London (s. Tab. I A u. I C). Von dem dort untergebrachten 327köpfigen Pflegepersonal hat jede einzelne ein ganz bequem eingerichtetes Schlafzimmer mit elektrischer Beleuchtung, Warm- und Kaltwasserzulauf und -Ablauf und Dampfheizung. Die Oberinnen, Schwestern und die meisten Pflegerinnen haben überdies kleine, sehr hübsch eingerichtete Salons mit einem kleinen Schreibtisch, Fauteuils, Diwan etc. — Zwei automatisch funktionierende, elektrische Lifts ersparen den vom Dienst ermüdeten Pflegerinnen das Treppensteigen, und durch das in jedem Stockwerke befindliche Telephon können sie sich sofort mit jedem beliebigen Teil des Spitales, also auch mit den ihnen zukommenden Krankensälen, ins Einvernehmen setzen. Ein aus jedem Stockwerk direkt in den Waschraum führender Schacht, durch den schmutzige Wäsche hinabbefördert wird, verhütet das Verschleppen infektiöser Keime. Im Erdgeschoß ist ein großer durch Wand- und Deckengemälde verzierter Speisesaal, der für 200 Gedecke Raum hat, ferner mehrere Gesellschafts- und ein — Musikzimmer mit sehr hübschem Konzertflügel und mehreren anderen Instrumenten. Die Räume sind luxuriös in modernem Stile eingerichtet und mit dicken Teppichen belegt. Auch die geräumige Küche und Speisekammer liegen im Erdgeschoß,

angrenzend an das Speisezimmer. Im Souterrain, dessen Wände ganz mit Delftkacheln belegt sind, befinden sich Wannen-, Dampf-, Heißluft- und Douchebäder, und ein Voll-(Schwimm-)Bad in der ganzen Ausdehnung des darüber liegenden Speisesaales. Abgesehen von dieser in seiner Vollständigkeit vielleicht einzig dastehenden Badeeinrichtung sind auch noch in jedem einzelnen Stockwerke Wannenbäder vorhanden für jene Pflegerinnen, die in Privathäusern Dienst tun (siehe Tabelle I C) und, von infektiösen Krankheiten kommend, die Reinlichkeit der großen Badeeinrichtung gefährden könnten. Es bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung, daß das Wasser überall nach Belieben temperiert werden kann und daß das Vollbad durch eine Heizvorrichtung Sommer und Winter auf gleicher Temperatur erhalten wird. Eine große Bibliothek ist den Pflegerinnen jederzeit zugänglich. Das oberste Stockwerk des Gebäudes enthält die Krankenzimmer für an Infektionskrankheiten erkrankte Pflegerinnen. Daß wir eher zu wenig als zu viel von diesem kleinen Feenschlosse erzählt haben, mag aus dem materiellen Punkte entnommen werden: Dieses bloß aus Hinterlassenschaften und Schenkungen erbaute Heim hat 600.000 £ (= 14,400.000 K) gekostet. (Die hier angeführte Summe ist unverbürgt. Sie erscheint trotz des horrenden Luxus dieses Heimes etwas hoch gegriffen, obwohl zu bedenken ist, daß in England und speziell in London alles bedeutend teurer ist als am Kontinent und ganz besonders Grund und Boden und Baukosten fast sechsmal so kostspielig sind als z. B. in Paris. Man darf die angeführten Zahlen somit nicht nach kontinentalem Maßstabe beurteilen.) Als ich dasselbe seufzend verließ, sagt Dr. v. Ofenheim, und für die mir so freundlich bewilligte, gründliche Besichtigung dankte, sagte ich, frei nach Alexander dem Großen: „Wenn ich nicht ein Mann wäre, möchte ich Pflegerin in Guys Hospital sein!" — Wenn auch die Pflegerinnen in anderen Spitälern recht hübsch und bequem untergebracht sind, so reicht doch nichts auch nur annähernd an diese Musteranstalt heran, die auch hierzulande als sehenswürdiges Unikum gilt. Was die Kost anbelangt, so läßt sich diesbezüglich nichts Einheitliches sagen, da dieselbe nach Ort, Jahreszeit und — Köchin natürlich sehr wechselt. Nach dem, was man im allgemeinen hört, und nach dem Aussehen der „Nurses" zu schließen, scheint sie einfach, aber kräftig und reichlich zu sein, wenn auch für den kontinentalen Gaumen — wie die englische Kost überhaupt — fade, geschmacklos und wenig abwechslungsreich. In den Temperenzspitälern sind geistige Getränke ganz verboten.

Kranken- und Altersversorgung.

Diese Institutionen haben in den letzten 15 Jahren durch eine später zu besprechende Gründung von weittragendster Bedeutung eine wesentliche Veränderung erfahren. Die auf diesem Gebiete angestrebte und ständig fortschreitende Zentralisation hat eine ganze Reihe kleiner und unzureichender Kranken- und Alterskassen bereits zur Auflösung gebracht, andere ihres — oft recht zweifelhaften — Wertes beraubt — gleichzeitig aber die Spitäler und Anstalten von einer großen Last an Verantwortung befreit. Die meisten

Spitäler haben ihre eigenen Pensionsfonds und Krankenkassen aufgelöst — oder sind noch im Begriffe dies zu tun — und beschränken sich jetzt lediglich darauf, kranke Pflegerinnen während der Dauer ihrer Krankheit innerhalb der Anstalt verpflegen und behandeln zu lassen, während sie den für die Altersversorgung frei gewordenen Teil der Einkünfte zu Beiträgen für die jährlich von den Pflegerinnen einzuhaltenden Prämien verwenden. Das Unternehmen, welches diese eingreifenden Veränderungen bewirkt hat, ist der „Royal-National Pension fund for Nurses".

Im Jahre 1887 trat zuerst Sir Henry Burdett mit dem Gedanken hervor, eine Gesellschaft zu gründen, deren einziger Zweck es sein sollte, jenen Frauen, die ihr Leben dem ebenso edlen als mühevollen und undankbaren Berufe der Krankenpflege gewidmet haben, ein, wenn auch nicht glänzendes, so doch sorgenfreies Alter zu sichern. Es sollte dies zu den möglichst günstigen und einfachsten Bedingungen geschehen, und ohne daß auf den Profit dritter Personen Rücksicht genommen zu werden brauchte. Aus diesem letzteren Grunde wurde von der Idee einer Aktiengesellschaft sofort Abstand genommen, und um die zur ersten Gründung notwendigen Kapitalien aufzubringen, an die öffentliche Wohltätigkeit appelliert. In der Tat fanden sich auch sehr bald vier Großmillionäre, die sich bereit erklärten, gemeinschaftlich die zur Gründung von Versicherungsgesellschaften nötige und bei der Regierung zu deponierende Kaution von 20.000 £ (= 480.000 *K*) zinsenfrei vorzustrecken. (Dieser Vorschuß ist mittlerweile im Schenkungswege in den Besitz der Gesellschaft übergegangen.) Mit diesem Kapital, welches noch durch mehrere kleine Beiträge anderer Wohltäter vermehrt wurde, begann die ins Leben gerufene Institution im Jahre 1889 ihre Tätigkeit. Es wird wohl ganz begreiflich erscheinen, daß das Unternehmen anfangs die allergrößten Anfeindungen zu erleiden, die größten Schwierigkeiten zu überwinden hatte. Dessenungeachtet hat es rasch den allergrößten Aufschwung genommen, was aus einigen beispielsweise angeführten Zahlen leicht entnommen wird.

Quinquennalabschlüsse in den Jahren	1892	1902
Zahl der jährlich angegebenen Polizzen	486	869
Zahl der gegen Krankheit versicherten Pflegerinnen	392	1568
Einkommen aus eingezahlten Prämien	£ 26580	94608
Einkommen aus angelegten Kapitalien	£ 4496	27000
Gesamteinkommen pro anno	£ 31000	121568
Arbeits- und Verwaltungsspesen	6¾%	3½%

Diese Zahlen sprechen wohl eine so deutliche Sprache, daß ein weiterer Kommentar füglich zu entbehren ist, und der Umstand, daß das gegenwärtige Kapital des Unternehmens mehr als 750.000 £ (= 18,000.000 *K*) beträgt, eine ganz sekundäre Bedeutung erhält.

Es wäre nicht möglich, hier in alle Details der Einrichtungen dieses Institutes einzugehen, aber wir wollen versuchen, die wichtigsten Punkte kurz hervorzuheben.

Die Institution besteht aus drei Abteilungen:

1. Dem eigentlichen Pensionsfonds;
2. der Kranken- und Unfallversicherung;
3. dem Junius S. Morgan Unterstützungsfonds.

Ad 1. Jede Person, die nachweislich berufsmäßig Kranke pflegt, ob in einem Spital oder privat, sowie alle Angehörigen (Angestellte) öffentlicher Spitäler, können dieser Abteilung beitreten. Die Einzahlungen können ein für allemal, jährlich oder monatlich geleistet werden; — es werden aber auch Teilzahlungen zu jeder Zeit und in jeder Höhe angenommen. Das Alter, mit welchem die Pension zu beginnen hat, kann von dem Beitretenden bestimmt werden, und wird hierdurch die Höhe der Prämie berechnet. Das eingezahlte Kapital kann — solange die Pension nicht fällig geworden ist — jederzeit zurückgezogen werden, und werden in diesem Falle noch $2^1/_2$ Prozent Zinseszins gegeben. Es kann durch vermehrte Einzahlung die Höhe der gewünschten Pension vermehrt werden, anderseits kann auf Verlangen eine Verminderung eintreten, in welch letzterem Falle die bis zu diesem Zeitpunkte geleisteten höheren Prämien einberechnet und gutgeschrieben werden. Falls eine Polizzeninhaberin heiratet oder aus irgend einem anderen Grunde ihre Tätigkeit als Pflegerin aufgibt, kann sie entweder die geleisteten Einzahlungen mit dem Zuschlag von $2^1/_2$ Prozent Zinsen zurückziehen, oder aber dessenungeachtet ihre Prämien weiterzahlen und ihren Pensionsanspruch aufrechterhalten. Wenn eine Teilnehmerin vor dem Fälligwerden ihrer Pension stirbt, wird die von ihr eingezahlte Summe mit Zinseszins ($2^1/_2$ Prozent) an ihre Erben oder einer von ihr auf der Polizze zu bezeichnenden Person ausgezahlt. Die Höhe der in den einzelnen Fällen zu entrichtenden Prämien ist aus den im Prospekt enthaltenen Tabellen ersichtlich. Eine besondere Einrichtung ist die, daß aus dem Reingewinn des Unternehmens alle 5 Jahre nach Abzug eines gewissen kleinen Reservefonds „Bonus", d. h. eigentlich — Geschenke, an sämtliche Polizzeninhaber verteilt werden, in der Weise, daß diese Anteile in vierteljährigen Raten mit der Pension ausgezahlt werden, sobald die Pension fällig ist. Aber auch nachdem die Pension fällig war, werden die 5jährigen Überschüsse noch zugerechnet, so daß de facto die Pension alle 5 Jahre eine Erhöhung erfährt. Vergrößert werden diese Überschüsse noch durch Schenkungen von Privatpersonen. Daß dieser Faktor keineswegs zu unterschätzen ist, geht daraus hervor, daß z. B. im Jahre 1892 die verteilte Summe 3227 £ (= 77.448 *K*), 1897 die verteilte Summe 16.952 £ (= 406.848 *K*) und 1902 die verteilte Summe 34.621 £ (= 830.904 *K*) betrug. Allerdings sind von der Beteiligung jene ausgeschlossen, die vor Fälligkeit ihrer Pension ihren Beruf aufgegeben haben.

Ad. 2. Zum Kranken- und Unfallversicherungsfonds können nur Pflegerinnen, die ein Zertifikat über ihre berufliche Ausbildung haben, beitreten, und müssen überdies Mitglieder des Pensionsfonds sein, und zwar in der Weise, daß sie für je 5 s. wöchentlicher Krankenversicherung, mindestens auf 7 £ 10 s. Pension versichert sein müssen. Die höchste zulässige Krankenunterstützung beträgt 20 s. (= 24 *K*) pro Woche. Die in die Krankenkasse eingezahlten Prämien sind niemals rückzahlbar. Wenn eine Pflegerin, die

Teilnehmerin der Krankenversicherung ist, heiratet, oder ihren Beruf aufgibt, verfällt ihre Polizze ohne jede Vergütung. Die Prämien müssen immer mit jenen für die Altersversicherung gleichzeitig gezahlt werden und können nur mit diesen akzeptiert werden. Die Dauer der Krankenunterstützung ist nur in der Weise limitiert, als dieselbe an dem Tage aufhört, an welchem die Pensionsauszahlung beginnt. Nach 4wöchentlicher Krankheit jedoch muß sich die Pflegerin einer Untersuchung durch den ärztlichen Beirat der Gesellschaft unterziehen, und wenn ihre Krankheit eine sehr chronische ist, so muß sie alle 3 Monate ein Zertifikat des sie behandelnden Arztes (den sie ohne Einwilligung der Krankenkasse nicht wechseln darf) — beibringen, in welchem alle Details ihrer Krankheit und die voraussichtliche Dauer derselben angegeben sein müssen. Dies hindert jedoch nicht, daß eine Pflegerin, wenn nötig, auch das ganze Jahr hindurch Krankenunterstützung beziehen kann, wie dies z. B. gegenwärtig bei 15 Pflegerinnen der Fall ist, von denen eine bereits seit dem Jahre 1891 dauernd Krankenunterstützung bezieht.

Wenn eine Pflegerin wegen der Prämie Zahlungsschwierigkeiten hat, so kann ihr dieselbe bis zu 6 Monaten gestundet werden, vorausgesetzt, daß sie dann bei der Zahlung dieselbe für einen ebenso langen Zeitraum im voraus erlegt, als sie damit im Rückstande war, um dadurch den Zinsenverlust hereinzubringen. Wenn eine Pflegerin außer Land geht, ruht während der Zeit ihrer Abwesenheit ihre Krankenversicherung, während die Pensionspolizze auch dann in Kraft bleibt. Nach ihrer Rückkehr muß sie sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen und angeben, wo sie sich während der Zeit aufgehalten hat, wenn ihre Krankenversicherung wieder in Kraft treten soll.

Ad 3. Der Junius S. Morgan Unterstützungsfonds ist ein reines Wohltätigkeitsinstitut, errichtet zu Ehren des Mr. Morgan, der einer der ersten Kapitalisten war, die die Gründung des Royal National Pension fund for Nurses ermöglichten. Es wird einzig und allein durch freiwillige Beiträge und Schenkungen erhalten, und verfügt gegenwärtig über ein Kapital von 20.285 £ (= 486.840 *K*). (Diese Summe ist in der Angabe des Kapitales des Royal Nationalfonds mit 750.000 £ **nicht** inbegriffen!) Zweck dieser Stiftung ist es, hilfsbedürftigen Pflegerinnen, die sich aus irgend welchen nachweisbaren Gründen in Zahlungsschwierigkeiten oder Not befinden (Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familienunglück etc.) sofort materielle Hilfe zu bringen. Diese erfolgt entweder in Form eines zinsenfreien Darlehens, eines Vorschusses, oder — in besonders berücksichtigenswerten Fällen — einer Schenkung. In dieser Weise wurden z. B. im Jahre 1902 993 £ 3 s. (= 23.835 *K* 60 *h*) zur Verteilung gebracht. Wiewohl keine approbierte „Nurse" in Großbritannien und Irland von einer Unterstützung durch diesen Fonds ausgeschlossen ist, so liegt es doch auf der Hand, daß Mitglieder des Pensionsfonds in erster Linie berücksichtigt werden, und speziell dann leicht Gehör finden, wenn sie momentan nicht in der Lage sind, ihren Verpflichtungen gegenüber Krankenkasse oder Pensionsfonds nachzukommen.

Von den übrigen Institutionen, die Pflegerinnen materielle Unterstützung gewähren, sind die meisten bereits in Auflösung begriffen, oder haben sich in andersartige Hilfsvereine verwandelt. (Siehe unten.)

Erwähnenswert sind noch drei Unternehmungen auf diesem Gebiete:

1. Royal British Nurses Association (mit der merkwürdig deutsch klingenden Telegrammadresse: „Pflegerin, London"). Zweck dieser Vereinigung ist es: *a)* Wohlfahrtssysteme zu gründen und zu erhalten, welche den Pflegerinnen sowohl in ihrer professionellen Arbeit als auch bei Unglücksfällen, Krankheit und Alter zugute kommen; *b)* Listen (offizielle) zu führen über geprüfte Pflegerinnen und Hebammen, und solche an Privatpersonen zu empfehlen (z. B. an Ärzte). Zweck *a)* wird erreicht durch die Erhaltung einiger — mit Bibliothek versehener Gesellschaftszimmer, in denen auch Tee und Erfrischungen zum Selbstkostenpreis verabfolgt werden, ferner durch pekuniäre Unterstützung in momentaner Not. Ein Anspruch auf eine derartige Unterstützung existiert nicht und kann niemals erworben werden. Die Unterstützungen sind überdies so gering, daß sie von Mitgliedern äußerst selten und nur dann, wenn alle anderen Hilfsquellen versagen, in Anspruch genommen werden. Sie bestehen entweder in der einmaligen Schenkung von 1 £ (= 24 *K*) oder in einer wöchentlichen Zubuße von 2 s. 6 d. (= 3 *K*). Eine neue Form von Unterstützung ist eben in Gründung begriffen. Es sollen nämlich Räume geschaffen werden, in denen arbeitslose Pflegerinnen in Zeiten der Not Unterkunft und Schlafgelegenheit, so wie das in England unentbehrliche Bad, entweder ganz unentgeltlich oder gegen einen minimalen Beitrag erhalten. Frühstück kann auch verabreicht werden, — für die übrigen Mahlzeiten hätten sie selbst zu sorgen. Vorläufig sollen die Ubikationen 30 Pflegerinnen fassen können. Zweck *b)* wird wesentlich durch den Umstand gefördert, daß die Gesellschaft über ein eigenes offizielles Organ verfügt, welches allmonatlich erscheint und den Titel: „The Nurses Journal" führt. Ein einmaliger Beitrag von 2 Guinea (= 50 *K* 40 *h*) berechtigt zu lebenslänglicher Mitgliedschaft — doch werden auch kleinere Beiträge — selbst von wenigen Pennys angenommen. Gegenwärtig gehören der Vereinigung über 3000 Pflegerinnen an.

2. Nurses Hotel Company Ltd. ist eine Genossenschaft mit beschränkter Haftung, welche Privatpflegerinnen eine Heimstätte und auswärtigen Pflegerinnen eine Herberge (Hotel) während ihres Aufenthaltes in London zu äußerst billigen Preisen gewährt. Hierdurch wird der doppelte Zweck erreicht, eine Ausbeutung der oft recht unerfahrenen Mädchen vom Lande zu verhindern und dieselben gleichzeitig vor den Gefahren der Großstadt zu bewahren.

3. Trained Nurses' Ammity Fund. Diese Institution ist ein Pensionsfonds, welcher an ausgediente Pflegerinnen Jahrespensionen in der Höhe von 17 £ (= 408 *K*) auszahlt. Bedingungen sind *a)*: Die Bewerberin muß mindestens 50 Jahre alt sein, und muß 15 Jahre als Pflegerin gedient haben; *b)* sie muß 3 oder mehr Jahre in einem oder mehreren öffentlichen Spitälern tätig gewesen sein; *c)* sie muß den Nachweis durchgemachter ordentlicher Schulung und abgelegter Prüfung erbringen, sowie *d)* den Beweis makel-

loser Lebensführung (Sittenzeugnis). Bewerberinnen, die sich ihrem Beruf nach dem Jahre 1865 zugewendet haben, werden bevorzugt. Das Komitee entscheidet sodann über die Würdigkeit. Wenn diese zuerkannt wird, hat die Kompetentin 15 £ (= 360 *K*) einzuzahlen. Solche, die diese Summe nachweislich aus ihrem Verdienst erspart haben, werden in erster Reihe berücksichtigt. Das Vermögen des Unternehmens beträgt über 5000 £ (= 120.000 *K*). Es ist begreiflich, daß nur eine sehr beschränkte Zahl von Pflegerinnen dieser Wohltat teilhaftig werden kann.

Pflegerinnenanstalten und Vereine, die keine materielle Unterstützung gewähren.

1. Guild of St. Barnabas for Nurses — ist ausschließlich geprüften Pflegerinnen und Hebammen zugänglich, welche der anglikanischen Kirche angehören. Ohne gerade ein religiöser Orden zu sein, ist doch der Hauptzweck die Förderung der Religiosität unter den Mitgliedern. Filialen in England, Indien und den Kolonien.

2. Guild of St. Veronica for Nurses verfolgt als Zweck: *a)* eine Vereinigung der Krankenpflegerinnen herzustellen; *b)* das geistige (religiöse) Leben ihren Mitglieder unter den Drangsalen ihres schweren Berufes rege zu erhalten; *c)* ihren Mitgliedern zum Bewußtsein zu bringen, daß die Krankenpflege ein religiöser Beruf sei, und als ein Werk christlicher Nächstenliebe betrachtet werden sollte. Beide Verbindungen zählen nur wenige Mitglieder, und wird der Beitritt zu denselben in den **Spitälern** nicht sehr gern gesehen, wiewohl sonst die Religiösität einer Pflegerin bei ihrer Qualifikation eine ziemliche Rolle spielt.

3. Incorporated Society of Trained Masseuses bezweckt eine Verbesserung der Schulung und Qualifikation der Masseusen, und hält Prüfungen ab, nach deren Bestehen ein Fähigkeitszeugnis ausgestellt wird. Es wird ein offizielles Register seiner Mitglieder herausgegeben.

4. Lady Roberts Fund for Nursing Sisters and Officers Hospitals. Zwecke des Fonds sind: *a)* Heimstätten und Erholungsstationen in den Bergen zu gründen für die in den Militärspitälern in Indien tätigen Pflegerinnen. *b)* In Verbindung mit den eben genannten Offiziersspitäler zu errichten, wohin kranke oder rekonvaleszente Offiziere geschickt werden können. *c)* Einen Hilfsstab von freiwilligen (Damen) Pflegerinnen (Lady nurses) für jene Militärspitäler einzurichten, die von der Regierung nicht mit Berufspflegerinnen ausgestattet wurden.

5. London Obstetrical Society. Die Mitgliedschaft verleiht den Titel L. O. S. (Licenciate of the Obstetrical Society), welcher als Befähigungsnachweis gilt (ähnlich wie die Mitgliedschaft des Royal College of Surgeons oder der Society of Apothekaries für Ärzte). Dieselbe wird durch eine mündliche und schriftliche Prüfung aus allen für Hebammen wichtigen Fächern erlangt. Um zu derselben zugelassen zu werden, müssen Kandidatinnen den Nachweis erbringen: *a)* daß sie mindestens 21 Jahre alt sind, *b)* eines Sittenzeugnisses, *c)* daß sie persönlich bei nicht weniger als 20 Ent-

bindungen mitgewirkt haben, *d)* und daß sie einen gründlichen theoretischen Unterricht genossen haben. Prüfungstaxe ist 1 Guinea (= 25 *K* 20 *h*).

6. Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland ist wie die vorstehende eine qualifizierende Korporation, welche zu F. A. (First Aid — erste Hilfe) berechtigt. Nach bestandener Prüfung werden Zeugnisse ausgestellt, welche aber im Falle schlechten Lebenswandels wieder zurückgezogen werden können.

Bedingungen sind: *a)* 3monatliche Probedienstzeit und 2 Jahre Abrichtung in Krankenasylen, welche auch Geisteskranke enthalten müssen. *b)* Periodischer Unterricht in allgemeiner Krankenpflege und über die Behandlung Geisteskranker im besonderen. *c)* Die jährliche Teilnahme an einem klinischen Kurs von 12 Vorlesungen. *d)* Das Bestehen von mindestens alljährlich einer der periodisch abzuhaltenden Prüfungen. Prüfungstaxe ist 5 s. (= 6 *K*).

7. St. John Ambulance Association. Bezweckt so wie die beiden obigen eine besondere Qualifikation ihrer Mitglieder. Es werden Zeugnisse über „Hauspflege und Hygiene" erteilt nach bestandener Prüfung. Es werden nur Kandidatinnen zugelassen, welche das Diplom des F. A. bereits besitzen. In Ausnahmsfällen kann ein spezieller Pflegekurs von 5 zweistündigen Vorlesungen mit nachfolgender Prüfung statt des F. A. akzeptiert werden. Kandidatinnen, welche sich zu zwei weiteren Wiederholungsprüfungen mit Zwischenräumen von nicht weniger als 12 Monaten stellen, erhalten Medaillons als Abzeichen.

8. Matrons' Council. Zweck der Gesellschaft: *a)* Den Mitgliedern Gelegenheit zu geben, sich über professionelle Interessen miteinander zu beraten, *b)* ein einheitliches System der Erziehung, Prüfung, Qualifizierung sowie die staatliche Registrierung der englischen Spitalspflegerinnen herbeizuführen, *c)* die Mitglieder über die Einrichtung und das Vorgehen bei Versammlungen zu belehren.

9. Midwives' Institute and Trained Nurses Club. Der Jahresbeitrag dieses Klubs beträgt 5 s. (= 6 *K*). Die Intention desselben ist: *a)* Die Befähigung und das Niveau der Hebammen zu heben und deren staatliche Approbation durch das Parlament anzustreben, *b)* eine Protokollierung der Mitglieder und ein öffentliches, zentrales Auskunftsbureau für das Publikum zu errichten, *c)* die Gründung einer guten Fach-Leihbibliothek und die Erhaltung von Klubräumlichkeiten für gesellschaftliche Zusammenkünfte, *d)* medizinische Vorträge zu arrangieren, und den Mitgliedern Gelegenheit zu geben, über Berufsfragen zu diskutieren. — Ordentliche Mitglieder können nur Frauen werden, die entweder einen medizinischen Grad erlangt oder die Prüfung des L. O. S. abgelegt haben. Außerordentliche Mitglieder können alle Pflegerinnen und Hebammen werden, die überhaupt ein Zeugnis besitzen, ferner gibt es Laienmitglieder, die sich aus Personen rekrutieren, die beruflich nicht dem Pflegerinnenstande angehören, aber den Bestrebungen des Vereines Interesse entgegenbringen.

10. Midwives' Society ist eine Gesellschaft zur Förderung der geburtshilflichen Wissenschaft, zum Schutz und zur Wahrung der Interessen der

Hebammen, und zur Propagierung eines einheitlichen Erziehungssystems unter denselben.

11. National Association for Supplying Female Medical Aid to the women of India.

Die Ziele dieser Gesellschaft lassen sich im großen in folgenden Punkten zusammenfassen: *a)* Die Einrichtung von Ambulanzen und Spitälern für Frauen und Kinder in Indien, *b)* die Eröffnung von Frauenabteilungen unter weiblicher Pflege und Oberaufsicht ebendort, in bereits bestehenden Spitälern, *c)* die Versorgung Indiens mit geschulten Pflegerinnen und Hebammen für Spitäler und Privathäuser. Gegenwärtig ist eine Filiale in England gegründet worden, um Sammlungen zur Vermehrung der Fonds zu veranstalten und Stipendien zu errichten für Damen, welche — in Indien lebend — sich eine gewisse Routine in der ärztlichen Tätigkeit in diesem Lande erworben haben, und gerne medizinische Studien machen würden, um approbierte englische Ärztinnen zu werden.

12. National Society for Aid to the Sick and Wounded in War. (British Red Cross Society.) Es ist dies die englische Gesellschaft vom Roten Kreuze, mit denselben Zielen, wie die gleichmäßigen Gesellschaften anderer Länder.

13. Royal Red Cross. Ist eine im Jahre 1883 gegründete Dekoration, welche ausschließlich an Pflegerinnen verliehen wird, welche sich durch Eifer und Hingebung bei der Pflege von kranken und verwundeten Soldaten, Matrosen und anderen Angehörigen der Kriegsmacht, am Schlachtfeld, auf Schiffen oder in Lazaretten während eines Krieges ausgezeichnet haben. Die Auszeichnung steht in sehr hohem Ansehen und wird vom Reichskriegsamte zuerkannt.

14. Hospital Library and Charities Bureau. Ist im Jahre 1897 von Sir Henry Burdett als eine Zentralstation für alle Angelegenheiten betreffend Spitäler, Pflege und Wohltätigkeitsanstalten gegründet worden. Die Fachbibliothek enthält nebst allen Hauptwerken über Spitalbau, Verwaltung, Finanzierung und Pflegeorganisation, auch sämtliche offiziellen Berichte aller Spitäler und Wohltätigkeitsanstalten im Vereinigten Königreiche sowie in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika und eine große Anzahl von Spitalsplänen. Fachmännische Auskunft über alle in die obgenannten Ressorts einschlägigen Fragen wird Mitgliedern unentgeltlich erteilt. Mitgliedsbeitrag für Herren 10 s. 6 d. (= 12 *K* 60 *h*), für Damen 5 s. (= 6 *K*) pro Jahr.

Unter der Zahl der den Pflegerinnen materielle Unterstützung gewährenden Unternehmungen haben wir noch eine nachzutragen, von der wir erst jetzt Kenntnis erhielten. Es ist dies „The Hospital Convalescent Fund". Zweck desselben ist es, überarbeiteten oder in Rekonvaleszenz nach überstandener Krankheit befindlichen Pflegerinnen die Möglichkeit eines sorglosen Landaufenthaltes in guter Luft zu ermöglichen. Erfahrungsgemäß hat es sich hierbei als praktischer erwiesen, den einzelnen Pflegerinnen die Wahl ihres Landaufenthaltes selbst zu überlassen, als sie nach bestimmten Orten zu senden, da auf diese Weise in vielen Fällen der Landaufenthalt

einerseits verbilligt werden kann, indem die Pflegerin zu Verwandten oder Freunden gebracht wird; anderseits auch dem psychichen Moment in hohem Maße Rechnung getragen wird.

Sittlichkeit und Moralität.

Die Pflegerinnen werden ohne Unterschied zum Dienste bei Frauen, Kindern und Männern verwendet und verrichten auch bei letzteren fast alle nötigen Dienste. Im St. Georges-Spital ist die Anwendung des Katheters bei Männern den Ärzten überlassen. Hie und da — aber im allgemeinen selten — trifft man noch auf etwas Prüderie, die aber — wir möchten sagen — bei der älteren Generation noch häufiger zu finden ist, als bei der jüngeren, bei der sie immer mehr zu verschwinden scheint.

Mit äußerst seltenen Ausnahmen ist die englische „Nurse" eine liebenswürdige, heitere, mehr zum Frohsinn als zu übler Laune neigende Natur, ruhig und freundlich im Umgang mit ihren Patienten, die im allgemeinen mit einer gewissen Verehrung und kindlichen Liebe zu ihr aufblicken. Bezeichnend mag es sein, daß besonders Kinder, die länger im Spital verpflegt wurden, sich häufig weigern, dasselbe zu verlassen und bitterlich weinen, wenn sie von ihrer „Nurse" Abschied nehmen sollen. Drei Eigenschaften sind es, die man bei keiner Nurse vermißt: Selbstloseste Hingabe zu ihrem Berufe, absolute Verläßlichkeit und widerspruchslosen Gehorsam. Soweit wir den Verkehr von Pflegerinnen mit Ärzten zu betrachten vermochten, so ist derselbe außerdienstlich ein ungezwungener, heiterer, zum Scherz geneigter, ohne dabei je die Grenzen des Anstandes oder der gegenseitigen Achtung zu verletzen. Das Fortschreiten der Selbständigkeit, Zwanglosigkeit und körperlichen Entwicklung der Frauen Englands erstreckt sich eben auch auf den Krankenpflegerinnenstand und — wie ich glaube — nicht nur zu dessen eigenem, sondern auch zum Vorteile des Dienstes und der Patienten. Wenn die Nurse von ihrer „Off duty"-Zeit neu gestärkt und erfrischt an Körper und Geist in ihren Krankensaal zurückkehrt, dann bringt sie etwas von der würzigen Luft und dem Sonnengolde mit, das sie draußen bei ihren Erholungen aufgenommen hat, und das Elend, welches sie nun wieder sieht, welches sie ganz vergessen hatte, kommt ihr weniger grau und düster, der Dienst weniger hart vor, und ihre fröhliche Miene, ihr sonnverbranntes Gesicht erzählen den armen Patienten von Frühlingsluft und Lebensfreude!

Wir haben im vorstehenden die Grundzüge des englischen Pflegedienstes kennen gelernt. Derselbe findet natürlich Freunde und Gegner, namentlich auf dem Kontinente. Immerhin bleibt es bemerkenswert, daß seit der Initiative Ihrer Majestät der Kaiserin Friedrich (welche das große Viktoria-Spital in Berlin nach diesen Grundsätzen ins Leben rief) diese Prinzipien namentlich in Deutschland vielfach angewendet werden.

Die Hauptunterschiede des englischen Systems von dem bisher sonst wohl überall üblichen bestehen:

1. In der monatsweisen Abwechslung des Dienstes statt des tagweisen.

2. In der Normierung einer zehnstündigen Dienstzeit, welche (die vier halbstündigen Zwischenmahlzeiten und die zweistündige Mittagspause mit eingerechnet) einen Arbeitstag von 14 Stunden ergeben.

3. In der Entlastung der Pflegerinnen von grober Arbeit durch Wärterinnen und Wärter, wobei aber ausdrücklich die Pflicht der Pflegerinnen aufrecht bleibt, jede Arbeit, auch die niedrigste, zu verrichten, wenn es notwendig ist.

Das englische System ist nunmehr auch im Rudolphinerhaus in Wien eingeführt, und verdanken wir der sehr verdienten Oberin dieses Hauses, Frau Else Reichel, den Text der dort bestehenden Diensteseinteilung, welche von höchstem Interesse für alle Spitalsverwaltungen, Ärzte und Pflegerinnen sein muß.

Er lautet:

Im folgenden soll dargestellt werden, wie die Diensteseinteilung nach englischem Muster im einzelnen durchgeführt werden kann.

Die monatweise Abwechslung der Schwestern versteht sich so, daß jede Schwester einen Monat lang einen und denselben Dienst versieht, was für die Kranken von großem Vorteil ist, der Pflegerin eine bessere Übersicht über das Befinden der Patienten, über die Wirkung des Medikamentes oder anderer Verordnungen des Arztes ermöglicht, als wenn sie, wie es bisher üblich war, jeden zweiten, oft dritten Tag denselben Dienst versieht und in der Zwischenzeit den Patienten gar nicht oder nur teilweise unter sich hat.

Für die Nachtschwestern ergibt sich aus der monatweisen Abwechslung des Dienstes eine regelmäßigere, dem Körper zuträglichere Lebensweise der Art, daß sie die Arbeit in der Nacht leisten, dafür aber den Tag dem Schlaf und der Erholung in freier Luft widmen können. Ein derart geregelter Nachtdienst ermöglicht es, von der Schwester zu verlangen, daß sie während der Nacht nicht schläft (wie es bei der sogenannten „Schlafwache" der Fall ist) und jeden Augenblick bereit ist, den Patienten beizustehen. Sie kann während der vielen Nachtstunden, wo man sie nicht bedarf, für sich lesen oder schreiben, um sich wach zu halten, kann aber auch Verbandzeug zurichten und dadurch, sowie durch andere geräuschlose Arbeiten manche zeitraubende Dienstleistungen den Tagschwestern abnehmen, wodurch Kräfte erspart werden.

Durch die monatweise Abwechslung ergibt sich auch von selbst die Normierung einer regelmäßigen Arbeitszeit. Diese ist bei dem englischen System auf 10 Stunden reduziert, bei den Nachtschwestern wegen des viel leichteren Dienstes auf 12 Stunden.

Die Nachtschwester.

Die Nachtschwester tritt 8 Uhr abends ihren Dienst an, wird von der Oberschwester von Bett zu Bett geführt und über das jeweilige Befinden

der Patienten sowohl als auch über die nachts auszuführenden Verordnungen orientiert und versieht ihren Dienst bis 8 Uhr früh.

Ihre Pflichten sind, abends und morgens die Temperaturen zu messen und zu notieren, nachts den jeweiligen Wünschen der Patienten nachzukommen, alle für die Nacht verordneten Medikamente zu verabreichen und nötigenfalls dem Arzt oder der Oberschwester zu telephonieren. Morgens hat sie die Patienten zu waschen, zu kämmen, die dazu nötigen Utensilien zu reinigen und in Ordnung zu halten, eventuell die Urine zu messen und zu wägen oder zur Untersuchung aufzuheben und die täglich einlaufende reine Wäsche zu zählen und einzuordnen.

Um $^1/_2$6 Uhr hat die Nachtschwester die Tagschwester zu wecken und bei deren Dienstantritt in Anwesenheit der Oberschwester genauen Bericht über die Vorkommnisse der Nacht zu erstatten.

Der Nachtschwester sind kalte Speisen und Getränke (Tee, Kaffee und Kakao) zur Verfügung gestellt, die sie nach Tunlichkeit in mehreren Abschnitten, jedoch nur im Krankensaal zu sich nehmen darf. Der Nachtdienst darf sich für eine Schwester nicht öfter als alle drei Monate wiederholen.

Dienst der Tagschwestern.

Die Tagschwestern treten ihren Dienst um 6 Uhr an, jede hat eine bestimmte Anzahl von Patienten, die sie ganz zu versorgen hat und für die sie verantwortlich ist. Sie hat die Bettische, Trink- und Spülgläser der Patienten zu reinigen, die verordneten Einläufe, Ausspülungen und Bäder zu machen, dann der Reihe nach die Betten zu richten, frisch zu beziehen, die Kranken gut zu lagern, etwaige Medikamente zu geben, Mundwasser einzugießen, alle ausgeführten Verordnungen, sowie auch jeden Stuhlgang auf den dazu bestimmten Zettel zu notieren, Staub zu wischen, und wenn die Patienten versorgt sind, den Verbandtisch, die Instrumente etc. zu reinigen und in Ordnung zu halten. Bei den Mahlzeiten ist die Tagschwester verpflichtet zu kontrollieren, daß jeder Kranke die ihm vorgeschriebene Diät bekomme, und hat den Schwachen und den frisch Operierten beim Essen behilflich zu sein.

Die Tagschwester hat bei den Visiten anwesend zu sein, die Verordnungen des Arztes zur Kenntnis zu nehmen, eventuell beim Verbinden behilflich zu sein, den Arzt auf Veränderungen, besonders Verschlimmerungen im Befinden der Patienten aufmerksam zu machen und dafür zu sorgen, daß sich schon zur Zeit der ersten Visite der Krankensaal, sowie die Kranken selbst in peinlichster Ordnung befinden.

Während des Tages hat sie die Mittags- und Nachmittagstemperaturen zu notieren oder öfters verordnete Messungen vorzunehmen, alle Leibschüsseln selbst zu entleeren und zu reinigen und eventuell verunreinigte Wäsche sofort auszuspülen und zum Trocknen aufzuhängen, dafür zu sorgen, daß die Kranken stets gut gelagert sind, hat den Rekonvaleszenten, wenn nötig, beim An- und Ausziehen zu helfen und die Zeit ihres Aufseins nach Angabe des Arztes zu überwachen, abends alle Kranken beizeiten zu Bett zu bringen,

die Bettlägerigen zu waschen und zur Verhütung des Aufliegens einzureiben, frisch zu lagern und mit frischem Wasser und Spülwasser zu versehen.

Jedes Vorkommnis, jede Veränderung in dem Befinden der Patienten, eventuelle Wirkung oder mangelnde Wirkung der ärztlichen Verordnungen hat die Schwester der Oberschwester mitzuteilen und im Falle diese nicht anwesend ist, selbst um 8 Uhr abends der Nachtschwester genauen Bericht zu erstatten.

In dringenden Notfällen hat die Schwester jede auch außerhalb dieses Pflichtenkreises liegende Arbeit zu verrichten.

Die Mahlzeiten der Schwestern sind in zwei aufeinander folgende Partien eingeteilt, so daß sie sich gegenseitig ablösen können und stets mindestens eine Schwester im Saal bleibt. Diese hat die Verpflichtung, sämtliche Kranke zu beaufsichtigen, auch die ihr nicht zugeteilten, für letztere aber nur alle momentan notwendigen Dienstleistungen zu verrichten. Dasselbe gilt von der zweistündigen Mittagspause.

Dienst der Oberschwester.

Der Oberschwester, welche die nächste Vorgesetzte der Schwestern und Wärterinnen ist, fällt die Aufsicht und Kontrolle über den Krankensaal zu. Sie hat dafür zu sorgen, daß die Anordnungen des Arztes pünktlich ausgeführt werden, daß die Schwestern und Wärterinnen ihre Pflicht tun, die Kranken zu ihrem vollen Rechte kommen, aber anderseits die Schwestern vor übertriebenen Ansprüchen seitens der Patienten zu schützen. Sie soll den Schwestern leitend und lehrend zur Seite stehen und hat sie sowohl wie die Wärterinnen im Falle einer Pflichtversäumnis zurechtzuweisen. Ferner hat sie für die pünktlichste Aufrechthaltung der Freistunden der Schwestern und Wärterinnen zu sorgen, nötigenfalls für die Schwestern einzuspringen.

Sie tritt ihren Dienst auch um 6 Uhr an, zieht die Kurven der Temperaturmessung, macht die Urinanalysen, teilt die Abführmittel aus, kontrolliert die Notierungen der Schwestern, versieht die Kranken mit Wein oder anderen erfrischenden Getränken, mißt und notiert die Pulshöhe der Patienten, teilt das Essen bei den Mahlzeiten aus, hält den Medikamentenschrank instand, sorgt für die Desinfektionsmittel, überhaupt alle Artikel der Krankenpflege, hält alle Vorräte unter Verschluß, sterilisiert das Verbandzeug, überwacht etwaige Desinfektion der Stuhlgänge, der Wäsche, der Gegenstände oder des Krankensaales oder Sterilisation der Betten. Sie schreibt den Diätbogen, führt alle für die Aufnahme oder den Austritt der Kranken nötigen Bücher, ferner das Diagnosenbuch, das Urlaubbuch der Schwestern und Wärterinnen und die Präsenzliste. Sie übernimmt den Verkehr mit dem Bureau des Krankenhauses und in den Besuchsstunden mit den Anverwandten der Patienten. Ferner hat sie die Inventare zu führen, für sie einzustehen und sie imstande zu erhalten, Reparaturen zu melden und alle Patienten sowie Schwestern und Wärterinnen zur möglichsten Schonung aller dem Krankenhause zugehörigen Dinge anzuhalten. An dem Turnus des Nachtdienstes nimmt sie nicht teil.

Außer diesen beruflichen Pflichten hat jede Schwester ihr Bett und Waschtisch zu machen, Staub zu wischen, sowie ihr Zimmer jederzeit in Ordnung zu halten.

Dienst der Wärterinnen und Wärter.

Der Dienst der Wärterinnen und Wärter beginnt ebenfalls um 6 Uhr früh, endet um 8 Uhr abends und ist mittags durch eine zweistündige Pause unterbrochen. Sie haben alle grobe Arbeit, wie das Reinigen des Bodens des Krankensaales, der Gänge, der Klosetts, des Badezimmers, sowie aller anderen Nebenräume zu verrichten, alle Waschbecken, Kannen, Eimer, Eiterschalen, Badewannen, Sitz- und Fußwannen, Leibschüsseln, Uringläser, Spuckgläser und Verbandeimer täglich gründlich auszureiben, Fenster, Türen und Türklinken, sowie alle Metallgegenstände nach den genau vorgeschriebenen Zeitabschnitten zu putzen, die Öfen zu heizen, Lampen oder andere Beleuchtungskörper zu putzen, alle Gänge zu verrichten, den Austausch der Wäsche vorzunehmen, die Medikamente und Desinfektionsmittel aus der Apotheke und die Speisen aus der Küche zu holen und beim Austeilen behilflich zu sein. Ferner haben sie die Schwesternzimmer auszukehren, eventuell zu reiben und die Türen und Fenster zu putzen.

Erholungszeit der Schwestern.

Die Nachtschwestern erhalten die beiden Hauptmahlzeiten kurz vor dem Antritt und kurz nach Beendigung des Dienstes, die Nebenmahlzeiten während des Dienstes in der Nacht. Sie müssen von 11 Uhr bis 7 Uhr abends schlafen, mit Ausnahme der 3 Tage, wo ihnen der Ausgang von 9 Uhr bis 1 Uhr mittags gestattet ist; an den anderen Tagen können sie zwischen 9 und 11 Uhr in den Anlagen des Krankenhauses im Freien Bewegung machen.

Die Tagschwestern können die Mittagspausen zur Erholung in der Luft benutzen und haben einmal wöchentlich einen Ausgang von $^1/_2$3 Uhr mittags bis 11 Uhr abends. Während dieser Zeit wird sie von ihrer Mitschwester oder, wenn nötig, von der Oberschwester vertreten. Bei besonderen Gelegenheiten bekommen die Schwestern für den Abend oder auch Nachmittag Extraurlaub, wenn es so eingerichtet werden kann, daß der Dienst nicht darunter leidet.

Erholungszeit der Oberschwester.

An dem Tage, an welchem die Oberschwester ihren Ausgang hat, wird sie von der rangältesten Tagschwester vertreten. Die Freistunden zu Mittag, auf die jede Schwester Anspruch hat, kann sich die Oberschwester auch verlegen, je nachdem es der Dienst gestattet.

Urlaub der Schwestern.

Jede Schwester ohne Ausnahme kann jährlich einen Urlaub von 4 Wochen beanspruchen. Nach Tunlichkeit werden die Wünsche, zu welcher Jahreszeit

er angetreten werden soll, berücksichtigt, wobei nach dem Rangalter der Schwestern verfahren wird.

Erholungszeit und Urlaub der Wärterinnen und Wärter.

Die Wärterinnen und Wärter haben ebenfalls mittags 2 Freistunden, innerhalb welcher sie aber in dringenden Fällen zum Dienst gerufen werden können, wöchentlich einen Ausgang von ½3 Uhr bis 12 Uhr abends, ebenso jeden zweiten Sonntag. Ferner sind sie jährlich zu einem achttägigen Urlaub berechtigt.

Alle Schwestern, Wärterinnen und Wärter sollen mindestens zweimal monatlich die Möglichkeit haben, entweder vormittags oder nachmittags einen Gottesdienst zu besuchen.

Eine auch in der Literatur immer und immer wieder ventilierte Frage ist die Frage, ob eine Frau in dezenter Weise die Pflege eines Mannes ausüben könne, ohne in eine schwierige, ihre Weiblichkeit verletzende Situation zu geraten.

In der Praxis ist diese Frage entschieden, denn fast in allen großen und berühmten Spitälern hat man sich bereits sowohl bei Frauen und Männern für weibliche Pflegekräfte entschieden, und auch die Angehörigen einer Reihe von professionellen Pflegerinnen übernimmt mit etwaiger Ausnahme syphilitischer Erkrankungen die Pflege bei Männern mit allen für die Kranken notwendigen Leistungen.

Wenn in England z. B. die Katheterführung von der Nurse nicht geleistet wird, sondern der Wundarzt dieselbe besorgt, so geschieht dies lediglich aus dem Grunde, weil dieser letztere besser als irgend eine Frau diesen Dienst versieht. Die Frage der Männerpflege für Frauen ist ja auch tatsächlich keine Frage der Sittlichkeit oder der Unsittlichkeit. Wenn die Krankenpflegerin, welche, ob jung, ob alt, ob schön, ob häßlich, ob vornehm oder niederen Standes, nicht soviel Selbstbewußtsein, soviel Begeisterung für die Höhe ihres Berufes hat, daß sie gesichert ist, bei der Männerpflege selbst zu straucheln, oder fürchten muß, zum Straucheln gebracht zu werden — die Frau sollte ruhig in ihr Heim zurückkehren und die Krankenpflege an den Nagel hängen. Das Gleiche gilt auch von der Scheu mancher Krankenpflegerin, auch niedere Verrichtungen (Hinaustragen der Exkremente etc.) bei Kranken zu übernehmen. Es mag ganz richtig sein, die Pflegerin, namentlich in großen Spitälern, von diesen niedrigen Arbeiten zu entlasten. Aber diese Hilfe wird in England nicht geleistet, weil etwa die Pflegerin als dafür zu vornehm erachtet wird, sondern weil es im Interesse der prompten Ausübung des Dienstes ist, solche Hilfspersonen anzustellen.

Es gilt auch hier, was wir von der Weigerung der Pflegerin bei Übernahme der Männerpflege sagten.

Der Krankenpflegerberuf ist ein Samariterwerk und weder Eitelkeit, noch Hochmut, noch Prüderie haben dabei Platz. Es muß als ein unumstößlicher Grundsatz von der Staatsaufsicht gefordert werden, daß eine

Frau. welche sich zur Männerpflege bereit erklärt, im Falle des Bedürfnisses alle Leistungen zu übernehmen hat, welche die Wartung und Reinhaltung des Kranken erfordern.

Es sei uns nun gestattet, unsere Ansichten über die etwa bei uns, zunächst in Österreich und Deutschland anzustrebenden Reformen im Pflegewesen auszusprechen, in der Anlehnung an die speziellen durch die Geschichte und die Sitten des Landes sich ergebenden sachlichen und persönlichen Verhältnisse.

A. Die Barmherzigen Schwestern katholischen Bekenntnisses.

Eine der wichstigsten aber zugleich auch eine der schwierigsten Fragen ist die Aufgabe, wie eine gewisse Reform in den geistlichen Genossenschaften in bezug auf die Krankenpflege anzubahnen und ins Werk zu setzen sei. Wir fassen hierbei zunächst die religiösen Genossenschaften römisch-katholischen Bekenntnisses ins Auge. Es hat schon die Untersuchung des Professors Cornet aus dem Jahre 1889 ergeben, daß die Sterblichkeitsverhältnisse in den katholischen Krankenpflegeorden überaus betrübend sind und namentlich in bezug auf die Tuberkulose Ziffern aufweisen, welche vollkommen außer Verhältnis zu anderen Berufsarten stehen. Eine spätere Untersuchung an einer einzelnen großen Genossenschaft, ausgeführt mit der größten Genauigkeit und Spezialisierung durch Dr. Hohm über die Trierer Boromäerinnen, wies zwar günstigere Verhältnisse auf als die Cornetsche Untersuchung, doch waren auch sie immerhin noch betrübend. Unsere eigene Untersuchung über die Morbidität und Mortalität der katholischen Pflegerinnen umfaßt nach den allerneuesten Daten ein großes über Österreich und Deutschland verteiltes Material und kommt leider, wie Dr. Cornet, ebenfalls zu dem ungünstigsten Schlusse, so daß es wohl kaum als fraglich angesehen werden kann, daß die Gesundheitsverhältnisse in den katholischen Frauenorden überhaupt ungünstige sind, ungünstiger als bei allen übrigen Berufen in Österreich und Deutschland, und daß es eine ernste Aufgabe sowohl der Orden als auch aller Menschenfreunde ist, diese Zustände zu verbessern und, soweit dies zulässig, sich mit ihrer Reform zu beschäftigen. Es ist gar keine Frage, daß ein Leben voller Entbehrung und größter Anstrengungen solche Zustände begünstigt, namentlich wenn diejenigen Personen, welche solche Entbehrungen und Anstrengungen ertragen müssen, von Haus aus schwächlicher Natur sind. Ein schwacher Mensch ist für jede Krankheit, namentlich für die Tuberkulose von vornherein disponiert, und so heldenmütig die Pflegerin den Samariterdienst in Glaubensfreudigkeit auch beginnt, der Tod ereilt sie zu früher Stunde und ihr Heldentod schädigt die Genossenschaft in schwerer Weise. Die Barmherzige Schwester beginnt ihr Tagewerk mit dem ersten Januar und beendigt es nahezu ohne Unterbrechung mit dem letzten

Dezember eines jeden Jahres. Sie ist das, was ihr Name bezeugt, eine „Schwester" im besten Sinne des Wortes für den Armen. Aber gerade deshalb müssen wir darüber wachen, daß ihre Kräfte der leidenden Menschheit erhalten bleiben.

Es läßt sich nicht leugnen, daß die sanitären Übelstande bei diesen Schwestern auch die volle Aufmerksamkeit der geistlichen Behörden finden. So ist es ja bekannt, daß auf dem Generalkapitel der Trierer Boromäerinnen zu Anfang 1900 auf Veranlassung des Bischofs beschlossen wurde, in großen Anstalten wöchentlich Lehrvorträge zu halten. Diese Vorträge haben sich im Hedwigs-Krankenhause in Berlin, welche die größte Krankenpflegeanstalt der genannten Genossenschaft darstellt, zu vollständigen Kursen ausgewachsen mit Prüfungen am Schlusse etc. etc. Schon zwei Jahre vorher hatte der Bischof von Trier den Franziskanerinnen in Waldbreitbach bei Neu-Wied auferlegt, durch ihren dortigen dirigierenden Arzt (Dr. Schulten) einen zweijährigen Unterricht in der Krankenpflege sich erteilen zu lassen.

Was dieser ausgezeichnete Mann auf jenem Gebiete anstrebt und erzielt, verdient das höchste Lob, und auch ich muß dankbar hervorheben, daß ich ihm in dieser Frage sehr viel Belehrung und Anrung schulde. In ihm vereinigt sich der wahrhaft gläubige Katholik mit dem Gelehrten und Menschenfreunde, und nur in dieser Vereinigung wird mit Erfolg und ohne die geringste Benachteiligung der Religiosität die Krankenpflege in den katholischen Kongregationen gelöst werden. Das Beispiel der Boromäerinnen und Franziskanerinnen wird bereits an mehreren Orten nachgeahmt. Der systematische Unterricht wird dazu beitragen, die Gesundheitsgrundsätze auf die Pflegerin selbst in Anwendung zu bringen, und ich bemerke, daß man nicht nur die Pflegetechnik und das Wohl der Kranken fördert, wenn man auf systematischen Unterricht dringt, sondern auch das Wohl der betreffenden Genossenschaft selbst.

Um die Verhältnisse zu verbessern, muß aber Staat und Gemeinde die Krankenpflegegenossenschaften derart entlohnen, daß diese dabei bestehen können. Es ist gar keine Frage, daß hierbei etwas mehr Munifizenz gezeigt werden muß als bisher, und daß bei den Verträgen mit den Genossenschaften, welche ihren eigenen Vorteil meistens nicht gut verstehen. mit einiger Coulance vorgegangen werden muß. Es ist ganz richtig, daß diese Orden und Kongregationen nicht des Gelderwerbes wegen arbeiten, aber essen und schlafen müssen die Schwestern eben doch, so gut wie jedes andere Menschenkind, und man soll ihnen doch auch ermöglichen, daß es ihnen namentlich in den Gemeindepflegen erreichbar ist, noch eine Dienerin zu unterhalten, damit sie nicht, von der Krankenpflege zum Tode ermüdet, auch noch alle Haushaltungssorgen auf sich nehmen müssen. Es wird, wie gesagt, keinem Anstand unterliegen, von den Schwestern, welche in den öffentlichen Dienst treten, auch den Nachweis zu verlangen, daß sie in dem betreffenden Ressort eine gute Ausbildung erfahren haben. Es wird sowohl in Deutschland als in Österreich die Zeit kommen, wo man auch von den klösterlichen Krankenpflegepersonen einen Befähigungsnachweis verlangen wird. Ich bin nicht der Ansicht, daß der Staat sich

allzusehr in die Verwaltung der Genossenschaft einmische, ihre Selbständigkeit oder gar ihre fundamentalen Grundsätze angreife, aber ich kann es mir, und zwar in Übereinstimmung mit einer Reihe vorzüglicher geistlicher Würdenträger, sehr wohl denken, daß bei den Schlußprüfungen sich der Staat die Überzeugung verschaffe, daß die Krankenpflegerin vollkommen befähigt sei, ihres schweren Amtes zum Nutz und Frommen der Kongregation selbst sowie der Kranken zu walten. Herr Rektor Kinn in Arenberg bei Ehrenbreitenstein hat bereits in einer Denkschrift über die Sterblichkeit in den katholischen charitativen Kongregationen die Bedingungen für die Reform auseinandergesetzt und er hat, indem er dieselbe verteidigte, ausdrücklich erwähnt, daß durch das Drängen auf Pflege und Wohlfahrtseinrichtungen das eigentliche Ordensleben nicht vernachlässigt und zur Nebensache herabgedrückt werde; er schließt seine ausgezeichnete Arbeit mit den Worten:

„Das rastlose Arbeiten schließt mit der Schädigung des religiösen Lebens eine große Ungerechtigkeit und Lieblosigkeit gegen die Schwestern selbst in sich. Warum kommen diese braven Jünglinge und Jungfrauen ins Kloster? Gewiß! Sie wollen arbeiten, gern arbeiten und gut arbeiten und keine Bequemlichkeit suchen; aber sie wollen vor allem Anleitung und Führung zum vollkommenen Leben, Schutz und Sicherung desselben, sie wollen das Ordensleben. Mit diesen Wünschen kommen sie und auf diese Wünsche hin nimmt man sie auf. Man ist darum verpflichtet, ihnen ein geordnetes, religiöses Leben zu schaffen. Dieses muß das Fundament werden, der fruchtbare Boden, aus welchem eine gute und gesegnete Arbeit herauswächst. Verführe man aber umgekehrt, dann bräche man ungerechterweise einen stillschweigenden Vertrag und würde verstoßen gegen die Auffassung der Kirche. Gleichzeitig aber würde man durch die vorerwähnte Umkehr der Verhältnisse diese guten, von Hause aus edlen Seelen vielen Gefahren aussetzen, indem man ihnen die Ruhe und Zufriedenheit des Herzens nähme.

Darin liegt ein schwerer Verstoß gegen die christliche Liebe. Unsere charitativen Genossenschaften wollen Liebe üben, sie dürfen sich vor allem nicht der Gefahr aussetzen, die Liebe gegen die eigenen Glieder zu vernachlässigen."

Wir haben dieser Frage unsere vollste Aufmerksamkeit gewidmet und wir haben es, wie gesagt, für unsere Pflicht gehalten, uns darüber bei streng religiösen katholischen Gelehrten wie beispielsweise Direktor Dr. Schulten in Marienhaus bei Waldbreitbach, bei Dr. Hohm in M. Gladbach, bei Herrn Rektor Kinn in Arenberg bei Ehrenbreitenstein, bei einer Reihe ausgezeichneter katholischer Priester in Österreich und Deutschland Belehrung zu verschaffen und sind zu der Überzeugung gekommen, daß der Punkt, wo jede Reform der Gesundheitsverhältnisse der Krankenpflegeorden den Hebel zunächst ansetzen muß, zweifellos die Aufnahme in den Orden selbst ist. Der dirigierende Arzt eines der ersten katholischen Krankenhäuser bestätigt, daß die große

Mehrzahl aller an Tuberkulose behandelten Schwestern mit Tuberkulose erblich belastet waren.

Es ist ganz richtig, daß die Sterblichkeitsverhältnisse auch mit der Sterblichkeit zusammenhängen, die in der Gegend herrscht, aus welcher sich eine Genossenschaft zumeist rekrutiert. Wer da weiß, welche entsetzlichen Verhältnisse z. B. um die Mitte des vorigen Jahrhunderts in Oberschlesien geherrscht haben, der muß zu dem Schlusse kommen, daß eine Krankenpflegegenossenschaft, die sich aus einer solchen Bevölkerung zu ergänzen hatte, in den ersten Jahrzehnten unbedingt eine höhere Sterblichkeit infolge des schwächeren Materiales aufweisen mußte als eine andere, die sich beispielsweise aus einem gesunden, kernigen Bergvolk rekrutiert, welches meistens dem mittleren Bauernstande angehört. Auch macht es doch einen Unterschied, ob die Genossenschaft sich ergänzt vom Lande her oder mehr aus städtischen Kreisen (siehe Ballots „Untersuchungen über die Lebensfähigkeit der städtischen und ländlichen Bevölkerung", Leipzig, Duncker & Humblot 1897).

Daß aber schwächliche und zu Tuberkulose veranlagte Personen unter den erhöhten Anforderungen, die nun einmal das Ordensleben und der Krankendienst an sie stellen, leichter mit Schwindsucht angesteckt werden und erliegen, dürfte ohne weiteres einleuchtend sein. Direktor Dr. Schulten ist der Ansicht, daß man bei der Beurteilung der körperlichen Gesundheit einer Aspirantin mindestens die gleichen Bedingungen stelle, wie bei der Aushebung zum Militärdienste. Vor allem meint er, dürfte die Genossenschaft sich nicht mehr, wie dies bisher allgemein üblich ist, bei der Aufnahme mit einem summarischen ärztlichen Gesundheitsschein begnügen; es sei vielmehr ein ausführliches Gutachten beizubringen, das

1. eine sorgfältige Anamnese wiedergibt, und

2. eine bis ins Detail genaue Beschreibung des Zustandes der einzelnen Organe enthält. Am besten würde dieses Zeugnis von einem mit dem Arbeitsgebiete der betreffenden Gesellschaft und ihren Anforderungen in religiöser asketischer Hinsicht genau bekannten Vertrauensarzte an der Hand eines mit Hilfe von einsichtigen Fachleuten ausgearbeiteten Fragebogens ausgestellt werden.

Die endgiltige Entscheidung über die Aufnahme in die Genossenschaft soll, wenn irgend möglich, schon während des sogenannten Postulates gefällt werden, damit die Schwestern während des Noviziates von der quälenden und häufig genug ernstliche nervöse Störungen bedingenden Sorge um ihren Verbleib im Kloster möglichst befreit seien. In der Regel sollen die Aufzunehmenden nicht jünger als 23 Jahre sein; die Schwestern aber jedenfalls nicht vor ihrem 25. Lebensjahr ausschließlich, dauernd und berufsmäßig mit der Krankenpflege befaßt werden. Auf die Ausbildung soll man eine reichlich bemessene Zeit, mindestens $2^1/_2$ Jahre verwenden. Den Unterricht in der Krankenpflege trenne man zeitlich vollständig von der asketischen Schulung, derart, daß jener erst nach Vollendung der letzteren anhebt. Im Krankenpflegeunterricht sollen die Schwestern eingehend über Ansteckung und Verschleppbarkeit der Krankheiten

belehrt werden und die Vorsichtsmaßregeln kennen lernen, die sie zu ihrem eigenen Schutze anwenden sollen.

Die Forderung, daß die Schwestern 8 Stunden Nachtruhe haben sollen, ist sicherlich nicht übertrieben. Weiterhin muß verlangt werden, daß jede Schwester nach einer am Krankenbette durchwachten Nacht dieselbe Anzahl von Stunden Ruhe am folgenden Tage habe und ferner, daß selbst, wenn dieses Maß von Ruhe gewährleistet wird, dieselbe Schwester niemals mehr als 3 Nächte hintereinander wachen solle, weil die Ruhe bei Tag nie die natürliche Nachtruhe vollständig ersetzen kann.

Eine erhöhte Aufmerksamkeit ist den gemeinsamen Dormitorien zuzuwenden; im allgemeinen sind nach Dr. Schultens Erachten große Dormitorien unzulässig. Man soll keine größeren Dormitorien einrichten, als solche zu 6 Betten und Sorge tragen, daß auf ein Bett durchschnittlich nicht weniger als 20 Kubikmeter Luftraum entfallen. Die Dormitorien müssen gut ventilierbar sein und möglichst staubfrei gehalten werden. Ein häufiges Aufwaschen der Fußböden, feuchtes Abwaschen der Fensterbänke und anderer vorspringender Leisten ist in demselben um so notwendiger, als man sich in den Klöstern noch allgemein der Strohsäcke bedient, welche beim Aufschütteln große Staubmengen entwickeln. Hustende, schnarchende, mit starken Ausdünstungen und ansteckenden Leiden behaftete Personen müssen von den gemeinsamen Schlafräumen entfernt gehalten werden.

Auch tagsüber soll den Schwestern die nötige Ruhe und Erholung gegönnt werden; vor allem sollen sie ihre Mahlzeiten ohne Hast einnehmen können.

Was die Ernährung anbelangt, so soll grundsätzlich keine Krankenpflegerin fasten. Auch das Abstinenzgebot muß gemildert werden. Eine abwechslungsreiche, nährstoffhaltige, bürgerliche Kost ohne besondere Einschränkung der Fleischspeisen wäre wohl als ausreichend zu bezeichnen und das Empfehlenswerteste. Es muß den Schwestern auch gestattet sein, in Privathäusern, so wie die Krankenpflege auszuüben, so besonders auch während der Nacht etwas zu genießen.

Um den Schwestern einen reichlicheren Genuß der frischen Luft zu ermöglichen, hat Dr. Schulten es in der von ihm geleiteten Anstalt wiederholt durchgesetzt, daß sie ihre Erholungszeit in den Garten- und Waldanlagen zubrachten und zeitweilig sogar ihr Offizium daselbst beteten.

Reichliche Gelegenheit zu den gewöhnlichen Waschungen ist eine selbstverständliche Forderung, daneben soll aber jede Schwester wöchentlich ein warmes Vollbad nehmen, häufig Leibwäsche und Unterkleider wechseln und weit öfter, als dies bisher zu geschehen pflegte, ihre Oberkleider in die Wäsche geben können. Freilich wird man, wenn man an letzterer Forderung festhält, auch die üblichen schweren, dunklen Wollstoffe durch leichtere, glatte und waschbare Zeuge ersetzen müssen. Das aber wird wohl auf den stärksten Widerstand stoßen. Trotzdem zweifle ich nicht an ihrer Durchführbarkeit, da man ja am Schnitt und an der Farbe der Ordenstracht im wesentlichen festhalten könnte. Jedenfalls aber müssen die Schwestern schon jetzt bei der Pflege aller ansteckenden Krankheiten helle und wasserdichte,

vom Halse bis zu den Füßen reichende Überkleider tragen, die sie vor dem Betreten des Krankenzimmers anzulegen und beim Verlassen desselben abzulegen haben.

Ein jährlicher Urlaub von 4 Wochen wäre gewiß jeder Schwester, die Tag aus, Tag ein Kranke pflegt, zu gönnen, ja sogar vorzuschreiben. Dr. Schulten hält es aber sofort bei der ganz ungemein starken Inanspruchnahme unserer Schwestern leider für unmöglich, denselben grundsätzlich zu gewähren. Das aber muß verlangt werden, daß Schwestern, welche bei der Pflege tuberkulöser Personen an Krankheiten der Atmungsorgane erkranken, sofort sorgfältig untersucht, bei dem Verdacht auf Tuberkulose unverzüglich in wirksamer, wenn auch schonender Weise separiert und gründlich behandelt werden, wenigstens in der Art und Weise, wie unsere Arbeiter in den Volksheilstätten für Lungenkranke behandelt werden. Warnen möchte Dr. Schulten vor einer kritiklosen Hautabhärtung durch Kaltwasseranwendung. Letztere sind so harmlos nicht, daß sie nicht einmal schweren Schaden anrichten könnten; sie sollen deshalb nicht ohne ärztliche Verordnung vorgenommen werden. Eine Forderung, die dem Eingeweihten, wenn auch begreiflich, so doch sonderbar erscheinen muß, ist die, daß die Mutterhäuser sich nicht in kleine Filialen zersplittern sollen. Wer das weiß, wie außerordentlich segensreich gerade diese kleinen Filialen in armen, vom Verkehre abgelegenen, ärztlich unzureichend versorgten ländlichen Bezirken wirken, der wird sie da nicht missen wollen. Freilich, für die Schwestern sind diese Arbeitsfelder diejenigen, welche ein fast übermenschliches Maß von Hingabe und Selbstverleugnung erheischen. Aber soll man diesen verlassensten Armen und Kranken die oft stürmisch und wiederholt begehrte und so dringend notwendige Hilfe verweigern, und edle, heroische Seelen daran hindern, sie zu gewähren?

*Die **Barmherzige Schwester**, auf deren gesegnetes und über alles Lob erhabenes Wirken die Krankenpflege namentlich in Österreich geradezu angewiesen ist, verdient schon aus diesem Grunde eine weit höhere Berücksichtigung, als sie bisher gefunden. Ihr Leben ist nicht **ihr** Eigentum allein; die ganze Bevölkerung und der Staat als solcher haben das höchste Interesse daran, daß dieses Leben geschont und der öffentlichen Wirksamkeit erhalten bleibe. Wir geben auch im Kriege nicht zu, daß unsere Krieger nutzlos verbluten, und wie sehr wir auch den Todesmut der Barmherzigen Schwester hochachten, müssen wir doch dafür eintreten, daß ein so kostbares Material auf jede Weise geschont werde.*

Wir haben daher die begründete Hoffnung, daß die Anregungen zu einer Reform auf gewissen Gebieten der Krankenpflegeorden angesehen werden als die ehrliche Absicht, den Krankenpflegeorden zu nützen, sie in ihrem Bestande zu kräftigen und ihnen immer neue Freunde zuzuführen. Wir möchten diesen Vorschlag in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die Aufnahme der Schwestern in den charitativen Orden sollte womöglich nicht vor dem 22. Jahre stattfinden und nur auf Grund einer genauen Gesundheitsuntersuchung möglich sein. Bei dieser Untersuchung wird auch eine etwaige erbliche Belastung streng zu erforschen und die Umgebung zu berücksichtigen sein, in welchen die Kandidatinnen aufgewachsen sind.

2. Der definitiven Bestellung als Krankenschwester sollte eine mehrjährige Spitalspraxis und ein gründlicher theoretischer Unterricht vorangehen, welcher auch den Schutz der eigenen Gesundheit und das Verhalten bei Ansteckungsgefahr gebührend berücksichtigen soll. Dieser Unterricht muß in einer Befähigungsprüfung seinen Abschluß finden.

3. Es sollte nach Tunlichkeit dafür gesorgt sein, daß die Schwestern nicht übertrieben anstrengenden Nachtdienst ausüben und daß jeder Nachtwache eine ausgiebige Ruhezeit folge. Es soll in den Dormitorien dafür gesorgt sein, daß nicht mehr als höchstens 6 Betten eingestellt sind und auf ein Bett nicht weniger als 20 Kubikmeter Luftraum entfallen. Die Ernährung soll eine kräftige und gute, und für die Erholung in frischer Luft gesorgt sein. Gelegenheit zur Badebenutzung soll geschaffen werden und auch im Krankendienste nach Möglichkeit für einen Erholungsurlaub gesorgt werden.

4. Alle diese Reformen sind einzuführen in erster Linie durch den Einfluß der kirchlichen Behörden, namentlich der vorgesetzten Bischöfe. Unter solchem Einflusse wird die Reform sich ohne gewaltsame Störungen aus dem Inneren der Kongregationen selbst herausbilden und ein Zustand geschaffen werden, der die Gewähr des Bestandes und der gedeihlichen Fortentwicklung in sich trägt.

B. Die weibliche Diakonie der evangelischen Kirche.

Die große Entwicklung des evangelischen Diakonissenwesens, welche aus der nachstehenden Tabelle am besten hervorgeht,

Im Jahre	Mutterhäuser	Schwestern	Arbeitsfelder	Jährliche Einnahme
1864	30	1.592	368	813.273
1868	40	2.106	526	1,258.242
1872	48	2.657	648	2,103.728
1875	50	3.239	866	3,616.256
1878	51	3.901	1.093	4.110.147
1881	53	4.748	1.436	4,824.176
1884	54	5.653	1.743	5,607.886
1888	57	7.129	2.263	6,378.608
1891	63	8.478	2.774	7.649.097
1894	68	10.412	3.641	8.940.880
1898	75	12.935	4.519	10,525.742
1901	75	14.501	5.211	13,455.153

hat es zustande gebracht, daß nunmehr weit über 5000 Arbeitsfelder durch 14.000 Schwestern evangelischer Konfession verwaltet werden, die sich nahezu über die ganze Welt ausbreiten. Es ist gar keine Frage, daß die großartige Organisation, welche seinerzeit durch den Pastor Fliedner, Kaiserswerth, ins Werk gesetzt wurde, der Krankenpflege die größten Dienste erwiesen hat. Vielleicht durch das schnelle Wachstum und die gewaltigen Aufgaben, welche an die evangelische Diakonie herantreten, sind auch hier die Kräfte übermäßig angespannt. Denn wie es in der sehr lehrreichen Zusammenstellung über den gegenwärtigen Stand des Diakonissenwerkes

heißt, kann man auch hier sagen, die Ernte ist groß, der Arbeiter sind wenige. Die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse sind auch in den evangelischen Diakonissenhäusern, wie wir in unseren statistischen Berichten, namentlich aus der sehr lehrreichen Studie des berühmten Mortalitätsstatistikers Professor Westergaard über die Diakonissinnen in Skandinavien, nachgewiesen haben, keineswegs überall erfreulich, wenngleich sie auch nicht jene traurigen Ziffern aufzuweisen haben, welche die Häuser katholischen Bekenntnisses zu beklagen haben. Man muß aber hierbei erwägen, daß die evangelische Diakonissin ihr Amt verlassen kann, wenn sie dies wünscht, und kein Gelübde, welches unauflösbar wäre, sie daran hindert.

Es werden daher auch hier gewisse Reformen einzuführen sein, denen sich die evangelische Diakonie um so weniger entziehen wird, als sie schon heute durch eine Reihe von Maßnahmen, Erholungsorte für kranke Schwestern usw. den Beweis liefert, daß sie an das leibliche Wohl ihrer Schwestern denkt. Je mehr es übrigens im Staate selbst als eine Notwendigkeit erkannt wird, für eine gründliche Ausbildung in der Krankenpflege Sorge zu tragen und die Gesundheit der ausübenden Pflegerinnen sicherzustellen, desto mehr wird bei den katholischen Schwestern, sowie auch bei den Schwestern evangelischen Bekenntnisses die Überzeugung sich Bahn brechen, gewisse Reformen im allgemeinen Interesse durchzuführen.

Wir beschränken uns daher auf diese Bemerkung im Anschluß an die Betrachtungen, welche wir im vorigen Kapitel angestellt haben und möchten nur erwähnen, daß die evangelischen Diakonissinnen durch die außerordentlich große Anzahl ihrer Arbeitsfelder genötigt sind, unter sehr schwierigen Umständen ihre harte Arbeit zu verrichten. Um so mehr wird es geboten sein, daß auch hier die Gemeinden, die soviel Nutzen von der treuen Pflege der Schwestern haben, das Ihrige beitragen, das Los der Schwestern durch ausgiebige Unterstützung der ganzen Institution zu verbessern. Leider ist auch bei dieser herrlichen Institution seit 1894 eine Strömung eingetreten, welche mit dem Rufe „Neue Bahnen" eine Spaltung hervorbrachte, welche dem Wachstum des Diakonissenwerkes von Kaiserswerth Eintrag tut.

Die Abneigung gegen das strenge Mutterhausleben rief den von Professor Zimmer mit großem Erfolg geleiteten Diakonieverein zu Herborn ins Leben. Der Tabeaverein und andere Diakonenvereine folgten nach. Es wäre dringend zu wünschen, daß zwischen diesen Vereinen auf evangelischer Grundlage, die alle segensreich wirken und jede Konkurrenz ausschließen sollten, auf dem Gebiete der Krankenpflege eine Verständigung erfolgte: eine Jahreskonferenz wie beim Roten Kreuz zur Annahme gleicher Prinzipien. Wir haben leider zahlreiche Beispiele, daß namentlich bei der Übernahme von Gemeindepflegen zwischen diesen Vereinen eine Unterbietung der Bedingungen stattfindet, welche diese Pflegeorganisationen selbst schädigt.

Den Vereinigungen auf konfessioneller Grundlage sind auch noch mehrere Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen, so namentlich in Berlin

und Frankfurt a. M. zuzuzählen. Sie umfassen bisher nur zirka 75 Pflegepersonen und sind daher wohl nicht stark genug, um ein Wesentliches zu der so notwendigen Vermehrung der Pflegekräfte beizutragen. Aber die Tätigkeit derselben verdient schon deshalb alle Anerkennung, weil sie das Bedürfnis der israelitischen Krankenhäuser und Wohlfahrtsanstalten doch zu einem großen Teile befriedigen können, und den israelitischen Mädchen einen segensreichen Beruf eröffnen. Am 17. September 1895 verlieh Seine Majestät der König von Preußen dem Verein die Rechte einer juristischen Person, auch erhielt derselbe namhafte Steuer- und Stempelbefreiungen.

Der Berliner Verein unterhält eine wohlgeleitete Pflegeschule und bietet seinen Angehörigen eine Altersversorgung. Seine Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse sind überaus günstig.

Bei 125 Schülerinnen und 73 Pflegeschwestern ereignete sich während 10 Jahren kein einziger Todesfall, keine Erkrankung an Tuberkulose und nur eine Typhuserkrankung. Der Armendienst erfolgte bei Armen ohne Unterschied der Konfession und hielt sich die Zahl der behandelten israelitischen und nicht israelitischen Armen auf gleicher Stufe.

Es wäre gewiß zu wünschen, daß auch in anderen Staaten israelitische Wohltätigkeitsanstalten Pflegerinnen ihres Glaubens zur Verfügung hätten.

C. Das Rote Kreuz und die sonstigen interkonfessionellen humanitären Verbindungen.

Durch die Genfer Konvention und ihr erhabenes Ziel, für Freund und Feind auf dem Schlachtfelde zu sorgen, ist jene großartige Institution der Barmherzigkeit entstanden, welche unter dem Zeichen des Roten Kreuzes ihre Tätigkeit entfaltet. Da sie in enger Beziehung zu der Armee des Staates steht, ist sie wie dieser, sowohl in Deutschland als in Österreich interkonfessionell. Es ist selbstverständlich, daß diese für den Krieg bestimmte Organisation auch im Frieden fortbesteht, schon darum, weil es sich empfiehlt, tüchtige, für den Krieg geschulte Pfleger und Pflegerinnen im Frieden heranzubilden. Dann aber auch deshalb, weil sowohl in Deutschland und Österreich, namentlich aber in Rußland und in einer Reihe von anderen Staaten das Rote Kreuz im Frieden sich auch des Armen, des Verunglückten, des Leidenden annehmen soll. Indem wir gegenwärtig nur allein die Entwicklung, welche diese Institution in Österreich und im Deutschen Reiche genommen hat, betrachten, müssen wir sagen, daß Deutschland es in der Ausbildung des Roten Kreuzes als Friedenswerk weiter gebracht hat als Österreich. In Deutschland nämlich haben sich sämtliche Frauenvereine des Roten Kreuzes von vornherein zu dem Zwecke gebildet, die Krankenpflege im Frieden durch den Bau von Hospitälern und die Heranbildung von Pflegerinnen zu fördern, und wie aus der Statistik dieser Vereinigungen hervorgeht, ein sehr großes Kapital zusammengebracht. In Österreich war die Friedenstätigkeit bis vor wenigen Jahren nur eine geringe. Allerdings hat bei sehr großen Notständen (Erdbeben, Epidemien, Elementarunfällen) das Rote Kreuz auch hier mit nicht

unwesentlichen Beträgen vortrefflich eingegriffen. Die Aufgabe der österreichischen Frauenvereine aber war keineswegs auf die Friedenstätigkeit der Krankenpflege, sondern hauptsächlich auf die Einsammlung von Beiträgen für die Vorbereitung zum Kriege gerichtet. Aber selbst in Deutschland nimmt nach den amtlichen Berichten (siehe amtlichen Bericht des Verbandes) das Rote Kreuz den Ziffern der religiösen Krankenpflege gegenüber nur eine bescheidene Stellung ein. 1450 gehören dem Verbande deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuze an; dazu kommen 212 Albertinerinnen, 40 Augusta-Hospital, 370 Badischer Frauenverein, 53 vom Bremer Verein, im ganzen 2125. Angesichts dieser Ziffern ist die Behauptung irrig, daß das Rote Kreuz das Heft der Krankenpflege in Deutschland in der Hand hielte. Aber für deren Entwicklung und soziale Gestaltung hat es sich von entscheidender Wichtigkeit erwiesen. (Siehe Krankenpflegezeitung, 8. Heft, 1902.)

Die Tätigkeit der deutschen Frauenvereine ist aber eine außerordentlich segensreiche nicht nur wegen der zahlreichen von ihnen ins Leben gerufenen Krankenanstalten, sondern vor allem auch wegen der systematischen Methode, die Schwestern auszubilden und für den Krankendienst zu befähigen.

Die Roten Kreuz-Schwestern könnten dem richtigen Ausdrucke nach ärztliche Gehilfinnen genannt werden, denn wie die katholischen und evangelischen Ordensschwestern von altersher der geistlichen Behörde zur Seite standen und unterstanden, so lehnen sich die Roten Kreuz-Schwestern selbstverständlich an die Ärzte an. Wie schon erwähnt, ist das Werk interkonfessionell in dem Sinne wie die Armee interkonfessionell ist, d. h. aus allen Konfessionen zusammengesetzt und mit Gleichachtung jeder einzelnen. Es will damit nicht etwa gesagt sein, daß damit eine Gleichgiltigkeit gegen die Religion verbunden sei.

Es dürfte schwer sein, eine Vereinigung der Roten Kreuz-Schwestern, der Barmherzigkeitsschwestern und der Diakonissinnen im Frieden zusammenzubringen, aus historischen und inneren Gründen. Im Kriege dagegen unterstehen diese drei anerkannten Armeeschwestern gleicherweise dem kaiserlichen Kommissär der freiwilligen Krankenpflege.

Um diesen drei Schwestervereinigungen eine, der Bedeutung ihrer Tätigkeit im Felde entsprechend, auszeichnende Stellung zu geben, wurde das deutsche Reichsgesetz vom 22. März 1902 und das darauffolgende Gesetz in Österreich geschaffen, laut welchem die anerkannten Schwestern ein besonderes Zeichen tragen müssen, um von der wilden Krankenpflege abzustechen.

Die Roten Kreuz-Schwestern in Deutschland stehen auf einer hohen Stufe technischer und ethischer Ausbildung, sie erhalten den Schwesterntitel und das Verbandsabzeichen erst nach ein- bis zweijähriger strenger Schulung und sind infolgedessen sowohl bei den Ärzten als bei der Armee sehr beliebt Nur für sie besteht auch bisher eine genaue Personal- und Erkrankungsstatistik, eine Verbandspensionskasse und Alters- und In-

validitätsfürsorge auch außer der staatlichen Fürsorge. Wenn, wie es anzunehmen ist, für die gesamte Krankenpflege gesetzliche Bestimmungen geschaffen werden, wird dieser Unterschied sich etwas mildern und namentlich in bezug auf die Ausbildung ziemlich gleichmäßige gesetzliche Normen herbeiführen. Jedenfalls ist es von der höchsten Bedeutung, daß jetzt auch das Rote Kreuz in Österreich in die Reihe jener Faktoren tritt, welche mit größeren Mitteln und größeren Zielen als bisher auch die Krankenpflege im Frieden in die Hand nehmen.

Es ist dies für Österreich insbesondere deshalb wichtig, weil uns jene 14.000 evangelischen Krankenpflegerinnen fehlen und es geradezu nach dem Stande der Bevölkerung und dem Stande der heutigen Medizin unmöglich sein wird, bei einem ausbrechenden Kriege mit den heute schon übermäßig in Anspruch genommenen barmherzigen Schwestern das Auslangen zu finden.

Es muß daher eine Organisation geschaffen werden, welche für einen Nachwuchs geeigneter Kräfte sorgt, und das Rote Kreuz ist hierzu vor allem befähigt. Allerdings wird in Österreich im Anfang vielleicht ein anderer Weg gewählt werden müssen, und es ist schon in einer Denkschrift vom 30. Mai 1901 (Dr. Kühn) bemerkt worden, daß diese Vorsorge im Frieden durch die Schulung weltlicher Pflegerinnen allein nicht geschehen kann. Das Rote Kreuz hat bereits begonnen, allerdings in sehr kleinem Umfang, durch Subvention an geistliche Kongregationen sich Pflegerinnen zu sichern, und durch Subvention der in geringer Anzahl bestehenden, aber prosperierenden Pflegerinnenheime.

Subventioniert man die konfessionelle Pflegerin, solange weltliche Kräfte sich nicht genügend vorfinden, so erreicht man auch dadurch schon sehr Ersprießliches. Man wird den geistlichen Genossenschaften ermöglichen, ihre Institutionen zu verbessern, neue Kräfte und namentlich Hilfskräfte, Dienerinnen (die sehr notwendig sind) heranzuziehen und so für einen Teil des notwendigen Bedarfes Sorge zu tragen.

Daneben müssen aber Pflegerinnenschulen entstehen, und es wird, was in Deutschland möglich war, auch bei uns möglich sein, wenn man nur für einigermaßen befriedigende Besoldung und eine mäßige Altersversorgung eintritt. Bisher ist nach dieser Richtung hin in Österreich viel zu wenig geschehen und man kann sich daher nicht wundern, wenn Versuche ohne dauernde Einrichtungen und namentlich ohne Anlehnung an Hospitäler nicht sehr günstig ausgingen, nachdem für Gegenwart und Zukunft der Mädchen ja gar nicht gesorgt war.

Eine Einrichtung, die nach dem Vorbilde Englands zu treffen wäre, sollten die sogenannten „Bezirkskrankenpflegerinnen" (District Nurses) werden, und sie sollten namentlich vom Roten Kreuze zu bestellen sein. Diese Pflegerinnen werden in England von Wohltätigkeitsgesellschaften oder auch von Gemeinden gegen fixen Gehalt angestellt, um Arme während einer akuten Krankheit oder unbemittelte Wöchnerinnen in ihren eigenen Wohnungen zu pflegen. Ganz besonders segensreich scheint diese Institution in den Landgemeinden zu wirken. Je nach den Umständen besucht

eine derartige Pflegerin die Kranken täglich auf ein bis zwei Stunden, richtet ihnen das Lager, die Verbände etc. und besorgt und bereitet ihnen die nötige und entsprechende Krankenkost, und wirkt auch belehrend und tröstend auf die Angehörigen des Patienten. In manchen schwereren Fällen, besonders wenn die Hausfrau und Mutter von der Krankheit betroffen wurde, so daß niemand da ist, um für den Mann und die Kinder zu sorgen, übernimmt die District Nurse nicht nur die ganze Pflege, sondern auch die Führung des Haushaltes und die Besorgung der Küche. In den Dörfern gibt es Pflegerinnen, die besonders für diesen Dienst bestimmt und geschult sind. Diese werden dann als „Cottage-Nurses" bezeichnet. Nur derjenige, der Gelegenheit hatte zu beobachten, wie so ein ärmlicher Haushalt einfach dem Untergange preisgegeben ist, wenn eine Krankheit oder auch nur ein verlängertes Wochenbett sein ohnehin sehr labiles Gleichgewicht ins Wanken bringt, vermag zu erkennen, welch großer Segen die genannte Einrichtung für die ärmeren Schichten der Bevölkerung ist.

Die Wohnung wird rein gehalten, die Kinder werden betreut, der Mann ist nicht gezwungen ins Gasthaus zu gehen, wo er nur allzu leicht in die Fesseln des Alkohols gerät, und — last not least — die Patientin hat die Möglichkeit sich zu schonen und genießt überdies eine sachverständige Pflege.

Wie unvergleichlich viel höher ist in gewissen Fällen diese Wohltat anzuschlagen, als die beste Spitalsversorgung, während welcher das Hauswesen oft verkommt, die Kinder verwahrlosen, der Mann, der nach des Tages Arbeit kein Heim und kein Herdfeuer vorfindet, nur allzu leicht auf Abwege gerät! Mit wieviel ruhigerem Gemüt kann die Kranke selbst ihre Genesung abwarten, wenn sie ihre Kinder dauernd unter den Augen haben kann.

Ein großes und weites Feld eröffnet sich aber auch weiter der Friedenstätigkeit des Roten Kreuzes, indem sich dieselbe auf alle Fälle

1. der ersten Hilfe und
2. des Krankentransportwesens

erstreckt. Beide Zweige barmherziger Hilfstätigkeit finden ganz besonders im Roten Kreuz und fast nur dort die größte Pflege und sie werden daher dem Roten Kreuze immer eine ganz besondere Stellung und Richtung sichern. In großen Städten sind, fast ausnahmslos nach dem Vorbilde der von Freih. Dr. v. Mundy geschaffenen Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, freiwillige Rettungsanstalten entstanden mit einer besonderen Vereinsorganisation; auf dem Lande aber nehme das Rote Kreuz mit seinen Anstalten die Pflege allein in die Hand. Schon im Frieden soll durch Vorträge und praktische Anleitungen Unterricht in der ersten Hilfe erteilt werden, namentlich an Feuerwehren, Aufseher in Fabriken, Schulleiter, Heildiener usw., damit sie im Falle der Not sofort eintreten und zur Verbreitung der durch den gegebenen Fall erforderlichen Weisungen das Ihrige beitragen können.

Die Organisation eines Rettungsdienstes mit Benutzung von Fernsprechapparaten, Rettungsstationen für plötzliche Unglücksfälle, Einführung

von bequemen Krankenwagen für Verwundete und infektiöse Kranke etc. bildet schon deshalb ein ganz spezielles Gebiet des Roten Kreuzes, weil dieser zu Friedenszeiten ausgeübte Samariterdienst im engsten Zusammenhange mit der Tätigkeit des Roten Kreuzes im Felde steht und als eine Vorschule dafür angesehen werden darf. Es ist daher zu wünschen, daß die Gesellschaften des Roten Kreuzes sowohl in Deutschland wie in Österreich immer mehr auch diesem Zweige der Krankenpflege ihre Obsorge zuwenden, um so mehr, als sie hier nahezu die einzigen sind, auf welche die Bevölkerung angewiesen ist.

Der Beruf der Krankenpflegerin wird für Mädchen und Frauen der besseren Gesellschaft aber erst dann ein begehrenswerter sein, wenn sie wissen, daß sie für ihre großen Mühen eine, wenn auch nicht reichliche, so doch auskömmliche Entlohnung haben und daß für ihr Alter gesorgt ist. Nicht jedes Mädchen, auch wenn es fromm und gläubig ist, wird das geistliche Kleid, welches sie auf immer von allem Irdischen trennt, annehmen. Sie wird aber gerne den Beitritt zu einer organisierten Gesellschaft dem wilden Treiben vorziehen, in welches sie geworfen wird, wenn sie, als berufsmäßige freie Krankenpflegerin der Konkurrenz ausgesetzt, mit der Sorge des Tages zu kämpfen hat, keine Stütze findet und keine Autorität ihre Rechte wahrt.

Der Gesellschaft vom Roten Kreuze gehört ein großer Teil der Zukunft in der Krankenpflege. Möge dieser erhabene Bund der Mildtätigkeit, diese schönste Blüte der Kultur des vergangenen Jahrhunderts, sich auch für die Tätigkeit im Frieden entwickeln und die Liebe der Bevölkerung gewinnen und festhalten, auch wenn der Feind nicht an unseren Grenzen steht.

In den Spitälern zu London steht das Bild von Miß Florence Nightingale in Stein und Erz. Als sie, stets die Letzte am Platze, mit der Laterne in der Hand die Spitäler im Krimkriege durchschritt, riefen die verwundeten Soldaten: „Wir grüßen Deinen Schatten, wenn Du auch nicht an jedes Bett treten kannst." Und als die große Frau nach England heimkehrte, da war sie die erste, die treueste, ja die eigentliche Schöpferin der Friedenspflege.

Denn wer die Kraft seiner Nation **erhalten will**, der bewahrt sie vor **Krankheit und Ungemach.**

D. Die freien Krankenpfleger.

Wir gelangen nunmehr zu der dritten Kategorie jener Pflegepersonen, welche in die allgemeine Reform der Krankenpflege einzubeziehen sein werden. Sie umfaßt die gesamte, sogenannte freie oder wilde, einstweilen nicht genossenschaftlich geregelte Kategorie von Pflegepersonen, gleichviel ob sie in den Hospitälern beschäftigt sind oder als weltliche Pfleger und Pflegerinnen die Privatpflege berufsmäßig betreiben. Es ist selbstverständlich, daß bei dieser Pflege eine Reform gerade am drin-

haben, die nicht der Krankenpflege, sondern z. B. dem Lehrberufe obliegen. Von großem Erfolg dürfte auch eine Einrichtung sein, auf welche der vielerfahrene Kenner und Freund des Krankenpflegeberufes Dr. Jacobsohn hinweist, die Errichtung eines Bureaus für den Zentralkrankenpflegenachweis in den großen Städten. An einem solchen Nachweisbureau sind z. B. in Berlin sämtliche Lokalpflegevereine und Pflegeheime mit gutem Personal beiderlei Geschlechtes beteiligt und es scheint, daß auch konfessionelle Vereine sich dieses Bureaus bedienen. Der Ausschuß besteht aus Ärzten und Laien, und versorgt das Bureau das Publikum mit geeignetem Pflegepersonal telephonisch, telegraphisch und brieflich in der bequemsten Weise. Das Publikum kann sich auf diese Weise immer in den Besitz einer verläßlichen Pflegekraft setzen und es läuft nicht Gefahr, im Falle einer plötzlich eintretenden schweren Erkrankung ganz ohne Pflege dazustehen.

Wir halten es, wie gesagt, für das Beste, einen Stand der Krankenpflegepersonen (männlich und weiblich) zu schaffen, analog dem Ärztestande mit absolut einheitlicher Ausbildung und einheitlicher staatlicher Prüfung. Nach Möglichkeit soll der Staat allmählich die Ausbildung selbst in die Hand nehmen (staatliche Krankenpflege) und Fachschulen für beide Geschlechter errichten.

Beilage A.

Unterrichtskurse.

Der Lehrer an der Krankenwarteschule des königlichen Charité-Krankenhauses, Herr Oberstabsarzt Dr. Salzwedel, hat für die zwei Unterrichtsstufen, welche in diesen Lehrkursen einzuführen wären, einen Lehrplan ausgearbeitet, den ich im nachstehenden wiedergebe.

Als Lehrplan für die erste Unterrichtsstufe würden wir, abgesehen von ethischem Unterricht, eventueller Nachhilfe in Schulunterrichtsgegenständen und Übungen im Hausdienst, folgendes vorschlagen:

I. Als Grundlage soll der Schüler durch eine kurze anatomische und physiologische Belehrung mit dem menschlichen Organismus soweit bekannt gemacht werden, daß er ein gewisses Verständnis für die sich im gesunden und kranken Körper abspielenden Vorgänge gewinnen kann. Ein bloßes Erlernen anatomischer Bezeichnungen ist unstatthaft. — Es ist Wert darauf zu legen, daß der Pfleger in der äußeren Beschreibung genügend gewandt sei, um den Sitz einer Wunde, eines Schmerzes usw. schnell und exakt anzugeben. (Von diesem Teil wären nach unserer Ansicht nur die äußere Körperbeschreibung sowie die Unterlagen für die künstliche Atmung und die Blutstillung zu Gegenständen des Examens zu machen.)

II. Der zweite Abschnitt umfaßt die Einrichtung und Ausstattung der Krankenzimmer, die täglichen Dienstleistungen des Pflegers, die spezielle Krankenpflege bei einigen besonders hervorzuhebenden Krankheitszuständen und die Ausführung ärztlicher Verordnungen. Es sind eingehende Demonstrationen und praktische Übungen anzustellen, doch ist stets von der Übung der manuellen Hilfsleistungen und von der Beschreibung der einfachsten Formen der Geräte und Apparate auszugehen. Die komplizierten,

besonders die nur für gelegentliche Zwecke brauchbaren Apparate sind frühestens am Schlusse des Kurses zu demonstrieren.

III. Der Schüler muß zu möglichst exakter Krankenbeobachtung angeleitet werden und er muß gleichzeitig lernen, mit welchen Mitteln er die von ihm beobachteten Leiden und Beschwerden vorläufig lindern kann. Er muß über die ihm bei solchen Hilfsleistungen zu steckenden Grenzen genau informiert werden und muß wissen, von welchem Augenblick ab er die eventuell sofortige Hilfe des Arztes herbeiführen muß.

IV. Über die Vorbeugung gegen Krankheiten, speziell gegen ansteckende Krankheiten muß eine eingehende Belehrung stattfinden. Der Schüler muß begreifen, daß neben der peinlichsten Reinlichkeitspflege nur die sofortige, sorgfältigste Sammlung und Vernichtung der Krankheitskeime die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten verhindern und ihn vor Ansteckung schützen kann. Die Natur der ansteckenden Krankheiten wäre eingehend zu beleuchten, die Desinfektionslehre ausführlich zu behandeln.

V. Es sind die Hilfsleistungen bei der Wundbehandlung eingehend zu lehren. Soweit es nicht schon im Abschnitt IV geschehen ist, muß die Lehre von den Wundkrankheiten und die Antisepsis und Asepsis genau durchgenommen werden. Der Notverband einschließlich Blutstillung und Ruhigstellung ist zu erörtern.

VI. Hilfeleistungen bei plötzlichen Unglücksfällen und Vergiftungen.

VII. Irrenpflege, Wochenpflege, Massage.

Der Lehrplan für die zweite Unterrichtsstufe:

Es wäre eine Ausbildung im Verwaltungsdienst zu geben. Ferner würde die Bedienung der Spiegelapparate eingehender zu lehren sein. Die Hilfsleistungen beim Chloroformieren, bei der speziellen Hydrotherapie, die Herstellung von imprägnierten und komplizierten Verbandmitteln, komplizierten Schienen und Lagerungsapparaten und ein Überblick über das Krankentransportwesen würden ebenfalls hier hingehören.

In dem Lehrplan für die zweite Unterrichtsstufe ist ganz besonders die Ausbildung im Verwaltungs- und Spitalsdienste betont, und ein Wert auf die genaue Kenntnis dieses Dienstes gelegt. Hierdurch soll der Kandidat oder die Kandidatin befähigt werden, in den Status der Spitalsbeamten vorzurücken, höheren Gehalt und höhere Ruhegenüsse zu erringen, wodurch dem Krankenpflegeberuf ein erhöhter Reiz gegeben würde, ein Reiz, den auch Prof. Virchow für diesen so schweren Beruf verlangt. Dr. Salzwedel bezeichnet diejenigen, die die zweite Unterrichtsstufe absolviert haben, als „Stationspfleger" oder „Stationspflegerinnen".

Den Abschluß der Ausbildung bildet eine einheitliche Fachprüfung wie bei den Ärzten, d. h. also eine Approbation als Krankenpfleger oder -pflegerin. Die privaten, geistlichen und weltlichen Ausbildungsstätten sind vom Staate zu überwachen wenigstens bezüglich der Aufnahmebedingungen (Alter, Körperkonstitution), bezüglich der Art der Ausbildung, die in Umfang und Methode den modernen Anforderungen entsprechen muß, und bezüglich der Prüfung, die bei allen Ausbildungsstätten ziemlich gleiche

Anforderungen stellen soll. Das männliche Personal kann nicht entbehrt werden; bei richtiger Auswahl und Ausbildungsmöglichkeit werden mehr als bisher geeignete Pfleger gewonnen werden. Das männliche Personal soll dem weiblichen völlig gleichgestellt werden. Es gibt nur noch Pfleger und Pflegerinnen, die alle gleich gut geschult werden. Die unklaren Zwitterbildungen, halb Dienstboten, halb Pflegepersonen, fallen ganz weg. Natürlich werden mehr Pflegerinnen als Pfleger gebraucht (Kinderpflege, Wochenpflege, Gemeindepflege); es werden sich aber auch mehr weibliche Personen melden. In den großen Städten ist die Nachfrage nach Pflegerinnen im Verhältnis zu den Pflegern zirka wie 4:1 oder 5:1.

Alle Spezialpflegepersonen müssen zunächst an der allgemeinen Ausbildung teilnehmen (ebenso wie die Spezialärzte, die zunächst doch auch alle die allgemeine Approbation erlangen müssen) und die allgemeine Prüfung absolvieren; nachher erst kommt eventuell Spezialisierung nach besonderer Neigung, Anlage, Gelegenheit. Zu den Spezialpflegern gehören Wochenpflegerinnen, Kinderpflegerinnen, Badepfleger und -pflegerinnen, Pflegepersonen für Massage und chirurgische Krankheiten (Heilgehilfen und -gehilfinnen), Pflegerinnen für Lungen-, Augen-, Nervenkranke etc., Irrenpfleger und -pflegerinnen etc. Alle müssen die allgemeine Ausbildung genossen haben.

Wir dürfen uns aber nicht verhehlen, daß die sofortige obligatorische Einführung der Approbation schon nach dem Stande der heutigen Gewerbegesetzgebung manche Bedenken hat, eine Ansicht, der auch ein vorzüglicher Kenner der Verhältnisse, der Professor an der königlichen Charité in Berlin Dr. Salzwedel, beistimmt. Wir haben uns daher für ein Übergangsstadium von 5 Jahren ausgesprochen, während welchem die Ablegung der Diplomsprüfung fakultativ sein soll, und erst nach 5 Jahren soll sie zur Ausübung des Pflegeberufes staatlich gefordert werden. Wie die Ärzte, so sollen die Privatpflegerinnen und Privatpfleger Standesvereine bilden, die von erfahrenen älteren Mitgliedern geleitet werden, um dauernd das Verhalten aller Mitglieder zu überwachen und die Standesehre hochzuhalten (siehe Deutscher Krankenpflegerbund, Bund der Standesvereine etc.)! Diese Organisation soll entweder eine Zwangsgenossenschaft oder eine freie Vereinigung sein. Sie umfaßt an verschiedenen Orten Vereine mit kollegialen Berufsberatungen und ärztlichen Vorträgen. Die Organisation hat mit den ärztlichen Standesvereinen dauernd Fühlung und unterstützt dieselben im Kampf gegen die Kurpfuscherei. Die einzelnen Standesvereine bilden zusammen einen Bund mit einem Zentralausschuß und einem Vorstand, zu dem auch ein oder mehrere Ärzte gehören. Der Bund veranstaltet Kongresse in verschiedenen Städten, die von den geeigneten Ärzten geleitet werden und möglichst auch von der Regierung beschickt werden. Besprechungen aktueller Fragen der beruflichen Krankenpflege (siehe 1899—1903, 5 Kongresse, Berlin, Dresden, Breslau, Hannover, Wiesbaden). Auch die in den Krankenanstalten großer Städte dauernd tätigen Pflegerinnen und Pfleger bilden Standesvereine des Anstaltspersonales, die gleichfalls beim Kongreß vertreten sind.

Diese genossenschaftliche Standesorganisation schafft auch materielle Wohlfahrtseinrichtungen (Unterstützungskassen, Sterbekassen, Krankenunterstützung, Unfall- und Altersversicherung), fördert Fortbildungsbestrebungen durch Vorträge und Kurse von geeigneten Ärzten über Technik und Ethik der Krankenpflege.

Für die Gemeindepflege werden hauptsächlich Pflegerinnen gebraucht, geeigneten Falles aber auch Pfleger verwendet; besonders eignen sich ältere Privatpflegepersonen, die schon längere Zeit in der Privatpflege tätig waren. Anstellung seitens der Städte und Landgemeinden gegen festes Honorar und Pensionsberechtigung.

Empfehlenswert in den großen Städten Einrichtung einer Zentralstelle für Krankenpflege (Zentralkrankenpflegenachweis nach Berliner Muster); Ausschuß sämtlicher lokaler Pflegevereine und Pflegeheime mit gutem Personale beiderlei Geschlechtes, weltlich und geistlich unter ärztlicher Leitung (Ausschuß aus Ärzten und Laien), Versorgung des Publikums mit geeignetem Pflegepersonal telephonisch in bequemer und schneller Weise (dringende Fälle, Epidemien, Krieg!). (Siehe Beilage B.)

Beilage B.

Zentralkrankenpflegenachweis für Berlin und Umgebung.

(Geschäftsstelle: Ziegelstr. 10/11. Tel.: Amt III 1960.)

Jahresbericht für 1903.

Nachdem sich bereits seit längerer Zeit in Berlin angesichts der erheblichen Zersplitterung der Krankenpflegekräfte in organisatorischer Hinsicht und angesichts der unzureichenden Garantien bezüglich der beruflichen Tüchtigkeit das Bedürfnis nach einer Zentralstelle für Krankenpflege geltend gemacht hatte, wurde am 1. Dezember 1902 auf Veranlassung und unter Mitwirkung einer Anzahl hervorragender Ärzte und sonstiger einflußreicher Persönlichkeiten eine solche in den Räumen der Zentrale der Berliner Rettungsgesellschaft, welche wegen ihrer eigenartigen telephonischen und sonstigen Betriebseinrichtungen für diesen Zweck besonders geeignet erschien, begründet. Dank dieser Bemühungen, welche durch das lebhafte Interesse des Königlichen Kultusministeriums und die tatkräftige Unterstützung Sr. Exzellenz des Herrn Geh. Rates Prof. Dr. v. Bergmann in besonders wirksamer Weise gefördert wurden, ließ es sich ermöglichen, daß das junge Institut bereits im ersten Jahre seiner Tätigkeit den ihm vorgesteckten Zielen in ziemlich umfangreichem Maße gerecht wurde.

Der hauptsächlichste Zweck der Einrichtung liegt satzungsgemäß darin, der Bevölkerung Berlins und seiner Umgebung für alle Arten der Krankenpflege jederzeit geeignetes weibliches und männliches Personal in bequemer und schneller Weise nachzuweisen, wobei angestrebt wird, auch weniger bemittelten Kranken berufstüchtiges Personal zu wesentlich ermäßigten Preisen und armen Kranken solches auch ganz unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Zu unserer Freude dürfen wir bereits jetzt konstatieren, daß die Einrichtung unserer Zentralstelle für Krankenpflege und die durch sie bedingten Vorteile bezüglich einer besseren öffentlichen Krankenfürsorge, sowohl seitens weiter Kreise der Berliner Bevölkerung, als auch seitens der Ärzteschaft und des Pflegepersonales selbst freudig begrüßt und voll gewürdigt werden. Als Beweis hierfür gilt, daß die Zahl der an uns gerichteten Nachsuchungen um Pflegehilfe gleich vom ersten Tage der Eröffnung an eine relativ erhebliche gewesen ist, daß ferner die Ärzte selbst sich in einer recht beträchtlichen Anzahl von Fällen vertrauensvoll an das Institut gewandt haben, daß endlich allmählich zirka 50 größere und kleinere, weltliche und geistliche Krankenpflegevereinigungen, sowie eine nicht geringe Zahl einzelstehender tüchtiger Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sich uns angeschlossen haben. Der Nachweis verfügt demnach täglich über einen großen Kreis dienstbereiter und nachweisbar leistungsfähiger Pflegepersonen und ist selbst für eine plötzlich gesteigerte Nachfrage, wie sie z. B. bei Epidemien, bei größeren Unfällen, oder auch für Zwecke der Feldkrankenpflege notwendig werden kann, gerüstet.

Besonderer Wert wird darauf gelegt, dem Publikum ausschließlich einwandfreies, gediegenes, nach ärztlichen Gesichtspunkten ausgewähltes Pflegepersonal zuzuweisen und bei dringlichen Erkrankungsfällen ein möglichst schnelles Erscheinen der Pflegepersonen am Krankenbette zu bewirken, ein Moment, welches gegenüber den früheren Zuständen sich für die Krankenbehandlung als überaus segensreich erwiesen hat. Ein wie dringendes Bedürfnis gerade nach dieser Richtung in Berlin vorlag, läßt sich nicht nur daraus erkennen, daß man sich früher oft vergeblich an mehrere getrennte Stellen nacheinander wenden mußte, wobei durch Erkundigungen und Hin- und Herfahren viele Zeit verloren ging, ohne daß man schließlich zum Ziele gelangte, sondern auch aus den bisherigen statistischen Betriebsergebnissen, nach denen das Institut auffallend häufig gerade in solchen Fällen in Anspruch genommen wird, in denen größte Schnelligkeit geboten ist, wie bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten und bei Erkrankungen mit plötzlicher Lebensgefahr und allarmierenden Symptomen. (Vgl. die Tabelle S. 309.)

Die Frequenz der Pflegenachsuchungen betrug insgesamt im Jahre 1903 1308 Einzelfälle. Die Frequenz in den einzelnen Monaten zeigt verschiedentliche, doch nicht sehr bedeutende Schwankungen, welche durch die Jahreszeit, die Sommerferien u. dgl. bedingt sind. Einen bemerkenswerten Einfluß auf die Frequenz äußerte auch eine im Dezember 1902 und Januar 1903 in Berlin herrschende Influenzaepidemie, durch welche das Institut für zahlreiche Fälle von Influenza und Lungenentzündung in Anspruch genommen wurde.

Seit April 1903 hat der Zentralkrankenpflegenachweis mit dem Berliner Verein „Hauspflege" ein Abkommen getroffen, demzufolge unser Institut auch in der Lage ist, unbemittelten Familien, in denen die Hausfrau erkrankt ist, wirtschaftliche Helferinnen zur Aufrechterhaltung des Hausstandes und zur Beaufsichtigung der Kinder zu beschaffen und sich somit

Betriebsstatistik für das Jahr 1903.

Monat	Die Pflegenachsuchung erfolgte durch			Die Pflegenachsuchung bezog sich auf			Die Pflegeleistung wurde verlangt			Gesamtzahl der Pflegenachweise
	Ärzte	Privatpersonen	Anstalten	Krankenpfleger	Krankenpflegerinnen	Wochenpflegerinnen	voll bezahlt	ermäßigt	unentgeltlich	
Dezember 1902 .	57	61	13	30	92	9	118	6	7	131
Januar	49	63	11	17	95	11	104	11	8	123
Februar	43	36	12	20	66	5	84	7	—	91
März	34	42	7	16	60	7	68	13	2	83
April	48	47	12	28	75	4	86	14	7	107
Mai	50	79	8	28	100	9	100	27	10	137
Juni	46	88	5	14	110	15	111	21	7	139
Juli	26	60	6	20	65	7	58	29	5	92
August	40	51	3	17	70	7	57	28	9	94
September	47	63	2	23	81	8	84	21	7	112
Oktober	43	64	8	31	78	6	80	29	6	115
November	39	49	—	19	63	6	64	22	2	88
Dezember	42	83	2	19	103	5	90	31	6	127
Im ganzen	507	725	76	252	966	90	986	253	69	1308

Krankheitstabelle 1903.

Name der Erkrankung	Zahl der Pflegefälle	Name der Erkrankung	Zahl der Pflegefälle
Schlaganfall	91	Unterleibstyphus	17
Lungenentzündung	83	Bauchfellentzündung	17
Influenza	50	Diphtherie	16
Altersschwäche	46	Lähmungen	16
Chron. Nervenleiden	46	Lungenkatarrh	16
Geistesstörungen	45	Brustfellentzündung	14
Herzleiden	37	Masern	13
Scharlach	33	Asthma	12
Gelenkrheumatismus	32	Kopfrose	12
Blinddarmentzündung	28	Blasenleiden	10
Unterleibsleiden	28	Chron. Darmleiden	10
Lungenblutung	21	Akute Halsentzündung	10
Innere Erkrankung	20	Lungenschwindsucht	10
Krämpfe	20	Magenkrebs	9
Fehlgeburt	19	Zuckerharnruhr	7
Nierenleiden	19	Wochenbett	99
Magenleiden	18		

Anmerkung: Es sind nur die häufigsten Erkrankungen hier aufgeführt.

auch an dieser mehr indirekten Form der Krankenfürsorge zu beteiligen. Die Zahl derartiger Nachsuchungen betrug bisher 23.

Besondere Aufmerksamkeit verdient ferner die Tatsache, daß der Zentralnachweis trotz der Beschränktheit der ihm bisher zur Verfügung stehenden Mittel es möglich gemacht hat, wie gleichfalls aus der Tabelle (Seite 309) hervorgeht, das Pflegepersonal in einer recht erheblichen Zahl von Fällen (69) unbemittelten Kranken völlig unentgeltlich, und wenig bemittelten Kranken (253) zu einem sehr niedrigen Pflegesatz zu überlassen, für welchen humanitären Zweck das Institut einen nicht unbeträchtlichen Teil seiner Gesamteinnahmen aufgewendet hat. Auf diese Weise konnte in manchen Fällen, in denen bei Unbemittelten aus bestimmten Gründen von einer Überführung ins Krankenhaus abgesehen werden mußte, die Pflege in der eigenen Familie ermöglicht und die segensreiche Tätigkeit der geistlichen Genossenschaften auf dem Gebiete der Armenkrankenpflege, deren Überlastung bekannt ist, wirksam ergänzt werden. Wenn eine solche Ergänzung schon bei völlig Unbemittelten geboten ist, für deren Unterhaltung das städtische Gemeinwesen und die private Wohltätigkeit in regem Wetteifer Sorge zu tragen sich bemüht, so liegt hinsichtlich der Versorgung weniger Bemittelter, dem sogenannten kleinen Mittelstande angehöriger Kranker mit geeignetem Pflegepersonal geradezu ein Notstand vor. Wir erkennen das Streben der Krankenpflegeberufsgenossen nach Besserung ihrer recht häufig bedrängten materiellen Lage als vollauf berechtigt an und fühlen uns berufen, an diesen Bestrebungen schon deshalb regen Anteil zu nehmen, weil mit Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse auch das geistige und sittliche Niveau der Pflegepersonen sich erhöht. Wir dürfen aber anderseits hervorzuheben nicht unterlassen, daß die üblichen Honorarsätze derselben für wenig bemittelte Familien, besonders bei länger dauernden Krankheiten, unerschwinglich sind. Ein Satz von durchschnittlich 5 Mark, zu denen noch etwa 2 Mark für Verpflegung hinzuzurechnen sind, übersteigt nicht selten das Einkommen der in Betracht kommenden Bevölkerungskreise. Woher soll dann noch den Bedürfnissen der Familie, den Erfordernissen für Arznei, ärztliche Behandlung, Verpflegung des Erkrankten Rechnung getragen werden, zumal wenn das Familienhaupt durch Krankheit seiner Erwerbsquelle beraubt ist, und ihm die Wohltaten der staatlichen Krankenversicherung verschlossen sind! Hier harren noch dankbare humanitäre Aufgaben der Lösung, Aufgaben, an deren Erfassung zu arbeiten unser Institut mit allen Kräften bestrebt ist. Leider mußte die Tätigkeit des Nachweises nach dieser Richtung hin in den letzten Monaten eingeschränkt werden, da die hierfür zur Verfügung stehenden Pflegefonds erschöpft waren, denn die gesamten Einnahmen des Vereines setzen sich im ersten Jahre hauptsächlich aus Spenden der Mitglieder des Ausschusses und einiger Gönner des Institutes zusammen. Leider reichen diese nicht aus, um die Bedürfnisse nach der bezeichneten Richtung zu decken, und da die Stadt Berlin trotz wiederholter Gesuche eine Unterstützung abgelehnt hat, so werden wir genötigt sein, um unserer Aufgabe einigermaßen gerecht werden zu können, mit dem bisher von uns geübten

Grundsatze völlig kostenfreier Vermittlung zu brechen und für geeignete Fälle eine mäßige Vermittlungsgebühr zu beanspruchen.

In der letzten Zeit hat der Zentralnachweis eine Verbindung mit den Berliner Krankenkassen angebahnt zwecks Beschaffung von Pflegehilfe für Kassenmitglieder zu ermäßigten Pflegesätzen; doch haben diese Bestrebungen noch nicht zu definitiven Vereinbarungen geführt. Es ist jedoch zu hoffen, daß auch in dieser Hinsicht dem Institut eine nutzbringende Wirksamkeit in der Zukunft möglich sein wird.

Indem wir noch der Befriedigung darüber Ausdruck geben, daß die bisherigen Leistungen des Nachweises und des durch ihn beschafften Pflegepersonales, sowohl in den Kreisen der Ärzte, als auch im großen Publikum vielfache mündliche und schriftliche Anerkennung gefunden haben, und indem wir allen denen, welche in tatkräftiger und opferwilliger Weise das Werk gefördert haben, unseren aufrichtigsten Dank aussprechen, schließen wir diesen Bericht mit der herzlichen Bitte, uns die bisherigen Sympathien auch fernerhin zu bewahren und einerseits durch rege Inanspruchnahme des Nachweises im geeigneten Falle, anderseits durch Zuführung neuer Freunde und Gönner zum weiteren Gedeihen der nützlichen Einrichtung beizutragen.

Berlin, am 15. Februar 1904.

Der Ausschuß des Zentralkrankenpflegenachweises für Berlin und Umgebung:

E. v. Bergmann,
Wirklicher Geh. Rat,
Ehrenvorsitzender.

Dr. S. Alexander, Sanitätsrat, Vorsitzender.	Dr. P. Jacobsohn, Schriftführer u. Leiter.	Saxenberg, Rentier, Schatzmeister.
Dr. George Meyer, Professor, stellv. Vorsitzender.	Dr. Ph. Herzberg, Sanitätsrat, stellv. Schriftführer.	Max Jordan, Kaufmann, stellv. Schatzmeister.

Kreisarzt Dr. A. Dietrich. Geh. Med.-Rat Professor Dr. Ewald. Dr. med. Fehde. Kommerzienrat Fromberg. Frau Professor Gusserow. San.-Rat Dr. Henius. Geh. Med.-Rat Professor Dr. Heubner. Justizrat Dr. Hoffmann. Kommerzienrat Herm. N. Israel. Stadtrat Kalisch. Professor Dr. F. Krause. Professor Dr. R. Kutner. Stadtrat Dr. Münsterberg. Geh. Med.-Rat Professor Dr. Renvers. Bürgermeister a. D. Dr. Rosenthal. Professor Dr. Rotter. Stadtverordneter L. Sachs. Dr. O. Salomon. Geh. Ober-Med.-Rat Generalarzt Dr. Schaper. Professor Dr. Schwalbe. James Simon. Stadtrat Dr. I. Waldschmidt. Stadtverordneter Witkowski.

Beilage C.

Satzungen

des Zentralkrankenpflegenachweises für Berlin und Umgebung.

Zweck.

§ 1. Der am 1. Dezember 1902 eröffnete Zentralkrankenpflegenachweis hat den Zweck, in Berlin und Umgebung für alle Arten der Krankenpflege jederzeit geeignetes Personal nachzuweisen. Es wird angestrebt, bedürftigen Kranken Pflegepersonal unentgeltlich oder zu ermäßigten Sätzen zur Verfügung zu stellen.

Tätigkeit.

§ 2. Der Nachweis erstreckt sich auf männliche und weibliche Pflegepersonen, welche unbescholten sein und hinreichenden Nachweis ihrer Befähigung zur Krankenpflege führen müssen. Die Pflegepersonen können entweder Genossenschaften und Vereinigungen angehören oder ihren Beruf frei ausüben. Die Bestimmungen, unter denen der Nachweis erfolgt, werden durch eine Betriebsordnung festgestellt.

Der Nachweis von niederem Heilpersonal bleibt vorbehalten.

Geschäftsstelle.

§ 3. Die Geschäftsstelle befindet sich in der Zentrale der Berliner Rettungsgesellschaft. Über die Einrichtung und den bureaumäßigen Betrieb wird ein Abkommen mit der Berliner Rettungsgesellschaft getroffen.

Verwaltungsorgan.

Ausschuß.

§ 4. Der Ausschuß ist zusammengesetzt:

1. Aus einem Abgeordneten des Vorstandes der Berliner Rettungsgesellschaft.
2. Aus den beiden Direktoren der Rettungsgesellschaft.
3. Aus dem Vorsitzenden des Ärztevereines der Berliner Rettungsgesellschaft.
4. Aus einem Abgeordneten des Vorstandes des Ärztevereines der Berliner Rettungsgesellschaft.
5. Aus dem Leiter des Zentralkrankenpflegenachweises.

Diese sechs Mitglieder wählen eine beliebige Zahl von Personen als Mitglieder des Ausschusses hinzu, mit der Einschränkung, daß die Mehrzahl der Ausschußmitglieder aus Ärzten besteht. Die Amtsdauer der Ausschußmitglieder erstreckt sich auf ein Kalenderjahr, doch üben dieselben ihre Funktionen bis zur Konstituierung des neuen Ausschusses aus.

§ 5. Die Konstituierung des Ausschusses durch Zuwahl der neuen Ausschußmitglieder und Bestallung des Vorstandes erfolgt im Januar nach Bekanntgabe der Abgeordneten der Berliner Rettungsgesellschaft und des Ärztevereines der Berliner Rettungsgesellschaft.

§ 6. Der Ausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorstand und einen Abgeordneten zum Vorstand der Berliner Rettungsgesellschaft für die Zeit seiner Amtsdauer.

§ 7. Der Ausschuß hat die Aufgabe, über alle den Zentralkrankenpflegenachweis betreffenden Angelegenheiten Bestimmungen zu treffen, insoweit sie nicht dem Vorstande oder dem Leiter zustehen. Er ist insbesondere befugt

a) zur Ernennung von Ehrenvorsitzenden und Ehrenmitgliedern,
b) zur Anstellung und Entlassung des Leiters, sowie zur Erledigung von Beschwerden über denselben,
c) zum Erlaß genereller Anweisungen an den Leiter (Instruktionen),
d) zur Beschaffung von Geldmitteln für den Betrieb des Nachweises.
e) zur Genehmigung des Voranschlages über Einnahmen und Ausgaben, zur Prüfung der Kasse und zur Prüfung der Rechnungen und Belege,
f) zum Abschluß von Verträgen,
g) zum Erlaß einer Betriebsordnung für den Nachweis und einer Geschäftsordnung für den Ausschuß,
h) zur Änderung der Satzungen,
i) zur Beschlußfassung über Auflösung des Zentralkrankenpflegenachweises oder Vereinigung mit ähnlichen Einrichtungen.

Die Beschlüsse des Ausschusses werden mit absoluter Mehrheit der Anwesenden gefaßt.

Vorstand.

§ 8. Der Vorstand besteht aus einem Vorsitzenden, einem stellvertretenden Vorsitzenden, einem Schriftführer, einem stellvertretenden Schriftführer, einem Kassenführer, welche im Januar eines jeden Jahres vom Ausschuß aus seiner Mitte für das laufende Kalenderjahr gewählt werden.

§ 9. Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte des Zentralkrankenpflegenachweises, insoweit ihre Erledigung nicht dem Ausschuß oder dem Leiter obliegt.

§ 10. Der Vorsitzende, beziehungsweise stellvertretende Vorsitzende vertritt den Ausschuß nach außen und ist berechtigt, in dessen Namen dem Leiter Anordnungen zu erteilen. Einmalige Ausgaben in Höhe von Mk. 100.— und darüber bedürfen, soweit sie nicht durch den Voranschlag vorgesehen oder vom Ausschusse bewilligt sind, seiner Genehmigung. Er stellt die Tagesordnungen für die Sitzungen des Ausschusses fest und leitet dieselben. Auf Antrag der Majorität des Vorstandes oder des dritten Teiles der Ausschußmitglieder ist der Vorsitzende verpflichtet, eine Sitzung des Ausschusses zu berufen.

§ 11. Der Schriftführer, beziehungsweise stellvertretende Schriftführer führt die Sitzungsprotokolle und besorgt den Schriftwechsel des Ausschusses und des Vorstandes. Die Protokolle bedürfen, nach Genehmigung durch den Ausschuß, der Unterschrift des Vorsitzenden und des Schriftführers.

§ 12. Der Kassenführer verwaltet das Vermögen des Nachweises, führt Buch über Einnahmen und Ausgaben und leistet Zahlung für den Nachweis. Ausgaben für den Betrieb unterliegen, insoweit sie der Genehmigung des Vorsitzenden nicht bedürfen, der Begutachtung des Leiters. Im

Januar eines jeden Jahres legt der Kassenführer dem Ausschusse einen Voranschlag über Einnahmen und Ausgaben vor und gibt am Schlusse des Kalenderjahres eine Übersicht über den Bestand der Kasse. Im Behinderungsfalle wird der Kassenführer durch ein anderes Mitglied des Vorstandes vertreten.

Leitung.

§ 13. Zur Beaufsichtigung des Betriebes des Zentralkrankenpflegenachweises wählt der Ausschuß einen Arzt als Leiter.

§ 14. Die Rechte und Pflichten des Leiters werden durch Vertrag, beziehungsweise durch Instruktion festgestellt. Insbesondere sind Bestimmungen zu treffen

a) über die Rechte des Leiters gegenüber dem Bureaupersonal,

b) über die Befugnis zur Zeichnung für die den Betrieb des Zentralkrankenpflegenachweises betreffenden Schriftstücke,

c) über die Pflichten hinsichtlich der Befolgung der Anordnungen des Ausschusses und des Vorsitzenden.

§ 15. Der Leiter ist Mitglied des Ausschusses und nimmt an dessen Abstimmungen teil, insoferne sie nicht seine persönlichen Angelegenheiten betreffen. Er ist verpflichtet, den Sitzungen des Ausschusses und Vorstandes auf Einladung beizuwohnen und die gewünschte Auskunft zu erteilen.

Beilage D.

Betriebsordnung

des Zentralkrankenpflegenachweises für Berlin und Umgebung.

Geschäftsstelle: Zentrale der Berliner Rettungsgesellschaft, Ziegelstraße 11/10. Fernsprecher Amt III, 1960.

§ 1. Der Zentralkrankenpflegenachweis für Berlin und Umgebung ist andauernd bei Tag und bei Nacht für den Verkehr mit dem Publikum und den Pflegepersonen geöffnet.

§ 2. Für persönliche Rücksprachen wird der Leiter des Nachweises täglich von 1 bis 2 Uhr im Institut anwesend sein, mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage.

§ 3. Die an den Zentralnachweis angeschlossenen Krankenpflegevereinigungen werden in eine besondere Liste (Verbandsliste) eingetragen und verpflichtet, den Zentralnachweis am Abend eines jeden Tages durch Absendung einer vorgedruckten Meldekarte über die Zahl ihrer jeweilig dienstfreien Mitglieder zu informieren.

§ 4. Die einzelstehenden Pflegepersonen, welche beim Zentralnachweis zugelassen sind, werden in eine besondere Liste eingetragen (Einzelliste) und verpflichtet, sobald sie eine Pflege antreten oder beendigen, sofort auf schnellstem Wege (Rohrpost, Telegramm, Telephon, vorgedruckte Postkarte) das Bureau des Nachweises hiervon in Kenntnis zu setzen.

§ 5. In die Verbandsliste werden nur solche Pflegevereinigungen eingetragen, deren Satzungen keine den Zwecken des Zentralkrankenpflegenachweises zuwiderlaufende Bestimmungen enthalten und die durch ihre

Leistungen und sittlichen Qualitäten eines anerkannten Rufes sich erfreuen. Die Vorstände der Vereinigungen übernehmen für die ihnen zugehörigen Pflegepersonen die Verantwortung. Zur Eintragung in die Einzelliste werden nur solche Pflegepersonen zugelassen, welche durch einwandfreie Zeugnisse ihre Unbescholtenheit und ihre Befähigung zur Krankenpflege erweisen können. Die zur Pflege herangezogenen Vereinigungen und Einzelpersonen gewähren dem Zentralkrankenpflegenachweis das Recht, über die stattgehabten Pflegen bei den behandelnden Ärzten, beziehungsweise bei dem Publikum Erkundigungen einzuziehen.

§ 6. Eine Einschreibegebühr bei Aufnahme in die Listen des Zentralkrankenpflegenachweises wird nicht erhoben, ebensowenig eine Vermittlungsgebühr für nachgewiesene Pflegen eingezogen. Über die Zahlung einer Vermittlungsgebühr durch die Pflegepersonen sind weitere Bestimmungen vorbehalten.

§ 7. Die Höhe des für die geleisteten Pflegedienste zu fordernden Honorars bleibt der Vereinbarung zwischen den Pflegepersonen und dem Publikum überlassen, jedoch sind die Vereinigungen und Einzelpersonen verpflichtet, dem Zentralkrankenpflegenachweis genaue Angaben über die üblichen Honorarsätze, sowie insbesondere über die Höhe der weniger Bemittelten zu gewährenden Ermäßigung zu machen. Ein im Zentralkrankenpflegenachweis aufgestellter Normaltarif wird zur Beachtung empfohlen. Desgleichen haben die Vereinigungen und Einzelpersonen, die Unbemittelten unentgeltliche Pflege gewähren wollen, hiervon dem Zentralkrankenpflegenachweis ausdrücklich Mitteilung zu machen. Der Zentralkrankenpflegenachweis wird nach Maßgabe seiner Mittel solchen Vereinigungen oder Pflegepersonen, die wiederholt Pflegen nach geringeren Sätzen oder unentgeltlich geleistet haben, Zuschüsse gewähren.

§ 8. Die Pflegepersonen haben die von ihnen übernommenen Aufgaben treu und gewissenhaft zu erfüllen und die Betriebsordnung des Zentralkrankenpflegenachweises zu befolgen. Bei Beschwerden über Mitglieder von Pflegevereinigungen werden die Vorstände derselben Mitteilung erhalten mit der Verpflichtung, das Weitere zu veranlassen und dem Zentralkrankenpflegenachweis über das Ergebnis der Untersuchung Bericht zu erstatten. Bei wiederholten Beschwerden gegen Mitglieder von Vereinigungen oder gegen diese selbst behält sich der Zentralkrankenpflegenachweis ihre Streichung aus der Liste vor. Einzelpflegepersonen, die sich gegen die üblichen Grundsätze der Krankenpflege und die Bestimmungen der Betriebsordnung vergehen, ist der Zentralkrankenpflegenachweis berechtigt, eine Verwarnung zu erteilen und sie im Wiederholungsfalle oder bei groben Verstößen aus der Liste zu streichen.

§ 9. Diese Betriebsordnung ist jeder in den Listen des Zentralkrankenpflegenachweises eingetragenen Vereinigung und allen Einzelpersonen vorgelegt und zum Zeichen des Einverständnisses von ihnen unterschrieben worden.

Beilage E. **Normalpflegetarif**

des Zentralkrankenpflegenachweises.

Ganze Pflege für Pflegerinnen	Mark 5.— bis Mark 8.—
Ermäßigt	herab bis Mark 3.—
Armenpflege	unentgeltlich
Ganze Pflege für Pfleger	Mark 5.— bis Mark 10.—
Ermäßigt	herab bis Mark 3.—
Armenpflege	unentgeltlich
Tagpflege für Pflegerinnen	Mark 3.— bis Mark 4.—
Tagpflege für Pfleger	Mark 4.— bis Mark 6.—
Ermäßigt	nach Vereinbarung
Nachtwachen für Pflegerinnen	Mark 3.— bis Mark 5.—
Nachtwachen für Pfleger	Mark 3.— bis Mark 6.—
Ermäßigt	nach Vereinbarung

Krankentransporte im Ort (exklusive Wagen Mark 4.— bis Mark 10.—.

Sanatorien.

Ganzpflege	Mark 4.— bis Mark 6.—	Pfleger und Pflegerinnen.
Tagpflege	Mark 3.—	
Nachtpflege	Mark 3.— bis Mark 5.—	

Zur Beurteilung dieses Tarifes hat Herr Professor Dr. Salzwedel die Güte uns zu schreiben:

„Die Volksschichten, welche für die Benutzung des Krankenpersonales gewonnen werden müssen, sind nach meiner Ansicht diejenigen, welche ein Einkommen von 3000 bis 6000 Mark pro Jahr besitzen. Reichere Kreise bedienen sich zumeist jetzt schon der Pflegepersonen und ärmere sind durch Gemeindepflege usw. hinreichend, beziehungsweise besser versorgt als die mittleren, bis zu einem gewissen Grade zahlungsfähigen Leute. Zudem spricht alles dafür, daß die Hauspflege sich für „Arme", beziehungsweise für Leute mit weniger als 3000 Mark Einkommen, in ernsteren Krankheitsfällen, die eine Pflegeperson nötig machen, nicht besonders eignet. Solche Leute gehören in das Krankenhaus, wo sie luftige Räume, Ordnung usw. in ganz anderem Maße finden als zu Hause. Diese Dinge sind für die Heilung der Kranken so wichtig, daß für sie das Krankenhaus niemals durch die Privatpflege ersetzt werden kann. Aber gerade die Leute, welche ein mittleres Einkommen besitzen, zu denen z. B. auch noch Gymnasiallehrer, jüngere

Richter, Offiziere usw. gehören, sind auf die Privatpflege angewiesen und deren Wohnungsverhältnisse usw. gestatten eine gute Durchführung derselben, wenn die Sätze für das Pflegepersonal in angemessenen Grenzen bleiben. In diesen Kreisen können die Pflegepersonen ein sehr weites und immerhin einträgliches Feld für ihre Tätigkeit finden. Hier wird aber ein Satz von 4 Mark im allgemeinen die höchste Anspannung der pekuniären Kräfte bedeuten. Rechnen wir:

4 Mark Bezahlung für die Pflegerin,
2 „ Unterhalt „ „ „
1 „ Arzneien
1 „ Verbandstoffe, Krankenpflegebedarfsartikel usw.,
2 „ für täglich einen Besuch des Arztes (der bei Kranken, die einer Pflege bedürfen, als Durchschnittssatz nicht zu hoch gegriffen sein dürfte), so kostet ein Kranker solcher Familie täglich:

10 Mark, das ist bei einer Familie mit 4000 Mark Einkommen das volle Tageseinkommen. Bei einer Krankheitsdauer von 14 Tagen wird dies schon eine drückende Last, bei vier bis sechs Wochen kaum noch durchführbar sein. In Berlin ist denn auch heute noch der Satz von 4 Mark meiner Erfahrung nach der verbreitetste, wenn ich auch weiß, daß bestimmte Krankenpflegevereinigungen, z. B. die Victoriaschwestern, wesentlich mehr fordern und erhalten. Aber ich meine, daß man einen Normaltarif nicht nur auf reiche Leute zuschneiden kann. Wenn auch andere als die ganz großen und reichen Städte in diesem Tarife eingezogen werden sollten, so müßte er wesentlich niedriger gehalten sein. In den deutschen Mittelstädten wird meines Wissens ein Satz von 2·50 bis 3 Mark noch immer als hoch angesehen. Dürfte ich mir einen Vorschlag erlauben, so würde ich raten, den Satz „ermäßigt" fortfallen zu lassen und dafür in der ersten Position zu sagen:

Ganze Pflege für Pflegerinnen je nach den örtlichen und Vermögensverhältnissen 3 bis 8 Mark, desgleichen für Pfleger 4 bis 10 Mark. Die Sätze für Tagpflege usw. würde ich entsprechend ändern.

Das Wort „ermäßigt" erweckt bei dem, der die Ermäßigung erfährt, das bedrückende Gefühl etwas geschenkt zu erhalten, und bei dem, der die Ermäßigung gibt, führt es leicht zur Überhebung; schon aus diesem Grunde würde mir ein solcher Ansatz nicht sympathisch sein.

Stellt man sich auf den Standpunkt der Pflegepersonen, so dürften diese sich durch einen Durchschnittssatz von 4 Mark befriedigt ansehen können. Wenn man die Tage, in denen sie keine Pflege, also auch kein Einkommen haben, durch extraordinäre Geschenke und durch die Tage ausgeglichen ansieht, an denen sie mehr als 4 Mark erhalten, so kann ihnen ein Jahreseinkommen von

pro Tag 4 Mark Bezahlung,
2 „ Unterhalt,

6 Mark × 365 = pro Jahr 2190 Mark eingerechnet werden, das

durchaus dem Einkommen der auf gleicher Bildungsstufe stehenden Leute aus anderen Berufsarten entspricht. Dazu kommt, daß das Einkommen der Pfleger später durch Einzelleistungen in der Massage, Badepflege usw. sehr wesentlich vermehrt zu werden pflegt.

Die von mir vorgeschlagene Fassung des Tarifes hindert zudem den Pfleger in keiner Weise, höhere Sätze zu nehmen, falls er sie erlangen kann. Sie schützt den Kranken aber davor, daß der Pfleger an einem Mindestsatz von 5 Mark festhält, weil der Tarif ihn vorschreibt.

Ich weiß nicht, ob dieser Tarif schon irgendwo besteht. Würde dies der Fall sein, so würden die angeführten Gründe doch wohl gegen eine Verallgemeinerung desselben sprechen."

Beilage F.

Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonales.

Von hervorragendem allgemeinen Interesse sind die einschlägigen Leitsätze von Dr. Mugdan-Berlin und Professor George Meyer-Berlin, welche für die nächste Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege diesbezüglich Referate übernommen haben.

1. Einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen diejenigen Personen, die sich als geprüfter Krankenpfleger, geprüfte Krankenpflegerin oder Krankenschwester bezeichnen.

Jedes öffentliche Krankenhaus und jede Privatheilanstalt muß für je 10 zur Belegung Kranker bestimmter Betten eine geprüfte Krankenpflegeperson, mindestens aber zwei anstellen; ebenso dürfen in der Gemeindekrankenpflege nur geprüfte Krankenpflegepersonen beschäftigt werden.

2. Alle Krankenpflegepersonen müssen reichsgesetzlich gegen Krankheit versichert werden.

3. Jede geprüfte Krankenpflegeperson, die 10 Jahre hintereinander ununterbrochen im Dienste öffentlicher Krankenhäuser der Reichs- oder Gemeindekrankenpflege gestanden hat, erwirbt, wenn sie dienstunfähig wird, den Anspruch auf ein Ruhegehalt von Mk. 500 bis Mk. 600 pro Jahr.

4. Jede in einem öffentlichen Krankenhause der Reichs- oder der Gemeindekrankenpflege beschäftigte, geprüfte Krankenpflegeperson erwirbt, vom Tage des Eintrittes in die Beschäftigung an, für eine körperliche Schädigung, die sie infolge eines Betriebsunfalles erleidet, den Anspruch auf eine — den Bestimmungen des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nach ähnlich zu bemessende — Entschädigung.

5. Zur Aufbringung der Mittel für die Gewährung der Ruhegehälter und der Unfallsentschädigungen wird aus sämtlichen öffentlichen Krankenhäusern des Reiches eine Krankenhausgenossenschaft gebildet. Die Mittel werden einmal durch Beiträge aufgebracht, welche auf die Krankenhäuser nach Maßgabe der zur Aufnahme von Kranken in ihnen verfügbaren Betten umgelegt werden. Außerdem haben an die Genossenschaft zu zahlen: die

in öffentlichen Krankenhäusern oder der Gemeindekrankenpflege beschäftigten Pflegepersonen einen vierteljährigen Beitrag von Mk. 4 bis Mk. 5, die Orts- und Kirchengemeinden, die geprüfte Krankenpflegepersonen außerhalb des Krankenhauses beschäftigen, einen jährlichen Beitrag für jede derart beschäftigte Krankenpflegeperson in einer Höhe, als der Umlage für zirka fünf Betten entspricht.

Bei Mitgliedern katholischer Orden und evangelischer Diakonissenhäuser wird der Beitrag der Pflegepersonen von dem Orden, beziehungsweise dem Diakonissenhaus bezahlt; auf diese geht dafür der Anspruch der dienstunfähigen zum Ruhegehalt oder zur Unfallentschädigung berechtigten Pflegeperson über.

6. Das Recht auf Ruhegehalt bleibt bestehen, wenn eine Krankenpflegeperson nach 10jähriger, in öffentlichen Krankenhäusern oder Gemeindekrankenpflege geleisteter Dienstzeit zur selbständigen Krankenpflege übergeht oder in Privatheilanstalten ihren Beruf ausübt.

7. Es ist anzustreben, daß die Pflege von Kranken hauptsächlich durch weibliche Pflegekräfte stattfindet. Für bestimmte Fälle ist die Pflege durch männliche Pflegepersonen nicht zu entbehren.

8. Es ist dahin zu wirken, daß möglichst viele Personen mit entsprechender Vorbildung sich dem Krankenpflegeberufe widmen.

9. Die Ausbildung der Pflegepersonen hat in Krankenhäusern zu geschehen, welche mindestens über 20 Betten verfügen und in welchen ständig ein Arzt anwesend ist.

10. Die Ausbildung der Pflegepersonen hat nach theoretischer und praktischer Richtung zu erfolgen; beide Richtungen müssen einander ergänzen. Die theoretische Ausbildung, welche mindestens 6 Monate dauert, hat sich auf den Unterricht in der Lehre vom Körperbau, von den Verrichtungen der Organe, den Zeichen der Krankheiten, der Gesundheitspflege und der Ausübung der Krankenwartung zu erstrecken. Besonderer Wert ist auf Ausbildung des Pflegepersonales in der Massage und dem hydrotherapeutischen Verfahren, ferner in der Leistung erster Hilfe bei gefahrdrohenden Zuständen und Unglücksfällen, in der Lagerung und Beförderung der Kranken zu legen.

11. Der theoretische Unterricht wird im Krankenhause selbst vorgenommen, in welchem auch der praktische Unterricht stattfindet.

12. Die praktischen Übungen dauern mindestens solange, daß die Gesamtausbildung zwei Jahre währt. Die praktischen Übungen müssen sich auf Ausbildung in der Pflege in sämtlichen Sonderfächern der Heilkunde erstrecken, also: die Pflege bei innerlich Kranken, chirurgisch Kranken, bei Augen- und Ohrenkranken, gynäkologisch Kranken, Haut- und Geschlechtskranken, Geisteskranken, ferner die Pflege im Wochenbett und die Pflege kranker Kinder umfassen.

13. Während der Ausbildung sind besondere Kurse über die Ethik des Krankenpflegeberufes vom Arzt in Gemeinschaft mit der Oberin der Anstalt und von dieser allein in der Ausführung aller speziell weiblichen Betätigungen der Krankenpflege zu erteilen.

14. Zum Beschluß der Ausbildung findet unter Vorsitz eines Regierungsvertreters eine Prüfung statt. Der Prüfungskommission gehören außerdem der leitende oder ausbildende Arzt des Krankenhauses sowie eine geprüfte Krankenpflegeperson (Oberin, Oberpfleger) an. Die Mitglieder der Prüfungskommission werden von den Regierungspräsidenten (in Berlin Polizeipräsidenten, sonst Bezirkspräsidenten, Kreishauptmänner etc.) ernannt. Über das Ergebnis der Prüfung wird ein Zeugnis ausgestellt. Die für fähig befundenen Pflegepersonen erhalten ein Diplom für die Ausübung der Krankenpflege.

15. Dieses Diplom für die Krankenpflege berechtigt gleichzeitig zur Bezeichnung als „Geprüfter Heilgehilfe(in) und Masseur(in)".

16. Pflegepersonen, welche sich dem freien Pflegeberuf widmen oder in der Gemeindepflege tätig sind, müssen nach bestimmter Zeit zur beruflichen Fortbildung mindestens zwei Monate lang in Krankenhäusern beschäftigt werden.

Die Reform der Krankenpflege würde sich nunmehr nach folgenden Grundsätzen feststellen lassen:

1. Die Krankenpflege ist als ein unentbehrliches, selbständiges Spezialfach der wissenschaftlichen Medizin anzusehen.

2. Dieselbe wird berufsmäßig ausgeübt:

a) von den Mitgliedern der auf konfessioneller Grundlage errichteten Krankenpflegegenossenschaften;

b) von den Vereinigungen des Roten Kreuzes und jenen Krankenpflegegenossenschaften, welche auf festen Organisationen beruhend, die Krankenpflege aus humanitären Beweggründen und nicht des Gewinnes wegen betreiben;

c) von den selbständigen, freien weltlichen Pflegepersonen, sei es, daß sie die ***gesamte*** *Krankenpflege oder ein Spezialfach derselben (Massage, Kaltwasserbehandlung, Irren-, Wochenbettpflege etc.) betreiben.*

3. Die Kategorien der Pflegepersonen sub ***a)*** *und* ***b)*** *sind von jeder Gewerbesteuer befreit.*

4. Die Pflegepersonen sub ***c)*** *sind verpflichtet, zu Verbänden zusammenzutreten, welche je nach dem Stande der einschlägigen Landesgesetzgebung Zwangsgenossenschaften oder freie genossenschaftliche Verbindungen sein können. Die Vorstände derselben haben die Ausbildung der Mitglieder zu überwachen, für ihr standesgemäßes Verhalten Sorge zu tragen, und nebst einer Stellenvermittlung für möglichst günstige Wohlfahrtseinrichtungen, namentlich eine Kranken- und Invaliditätsversorgung nach besten Kräften einzutreten. Diese Verbände können sich mit anderen gleichen Verbänden zu Landes- und Reichsverbänden zusammenfinden.*

5. Die Krankenpflege steht, unter möglichster Schonung der Selbständigkeit der Verwaltung bei den bestehenden Genossenschaften und Vereinigungen (2a und b), insoweit unter der Aufsicht des Staates, als derselbe die Evidenz der in Wirksamkeit stehenden Krankenpflegepersonen und ihre Kategorisierung überwacht, und sich über deren Ausbildung und Gesundheitszustand Kenntnis verschafft.

6. Hierbei wird als wünschenswert anzusehen sein, daß eine Krankenpflegeperson ***unter*** *20 Jahren ihren Beruf nicht ausübt, und sich bei ihrem Eintritt in diesen Beruf einer* ***vollkommenen*** *Gesundheit erfreut.*

7. Die mindestens ein Jahr lang in einer öffentlichen Krankenanstalt erworbene praktische Schulung, der Besuch eines künftig in allen Krankenhäusern einzuführenden drei- bis sechsmonatlichen theoretischen Kurses, sowie die Ablegung einer ***staatlichen Diplomsprüfung*** *(Approbation) wird nach einer Übergangszeit von* ***fünf*** *Jahren im gesamten Staatsgebiete als obligatorisch für die Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Krankenpflege erklärt.*

8. In der fünf Jahre lang dauernden Übergangszeit wird die Staatsverwaltung den Krankenpflegepersonen (fakultativ) die Gelegenheit geben, sich durch Ablegung einer staatlichen Abschlußprüfung für das Hauptfach, sowie die Nebenfächer der Krankenpflege ein ***Staatsdiplom*** *zu erwerben und hierdurch den Nachweis vollendeter Ausbildung zu erringen.*

9. Sowohl die Staatsregierung, als die Landtage und Gemeindeverwaltungen werden bedacht sein, für die Kranken- und Invaliditätsversorgung der mit dem Staatsdiplom ausgezeichneten Krankenpflegepersonen nach Tunlichkeit, eventuell durch einen Zuschuß zu sorgen, und sie werden schon aus diesem Grunde gemeinsam mit den bestehenden Genossenschaften und Vereinen ein Interesse daran haben, daß ***nur kräftige und gesunde*** *Individuen sich diesem Berufe zuwenden und dieselben auch weiters im Besitze ihrer Gesundheit und Kräfte bleiben.*

10. Zur Evidenzhaltung der ***Morbidität*** *und* ***Mortalität*** *der Krankenpflegepersonen sollen* ***genaue statistische,*** *möglichst auf gleichem Prinzipe beruhende Daten gesammelt und nach Tunlichkeit auch Vereinbarungen für eine* ***internationale*** *Statistik dieser Berufe getroffen werden.*

Schlußbetrachtungen.

Saluti et solatio aegrorum.

Zum Heile und Troste der Leidenden wollten wir durch diese Arbeit, an deren Abschluß wir nunmehr stehen, beitragen. Ist diese Absicht gelungen? Ist die darauf verwendete Mühe in einem gesunden Verhältnis zu dem Ergebnis dieser Untersuchung geblieben? Und welche tatsächlichen Erfolge werden sich daraus für die leidende Menschheit ergeben? Diese sozialstatistische Untersuchung, ursprünglich für mein engbegrenztes Heimatland und zur Unterstützung meiner bescheidenen parlamentarischen Tätigkeit bestimmt, ist zu einem stattlichen Bande herangewachsen. Hoffentlich hat sie für die Beurteilung einer der größten schwebenden sozialen Fragen einigen Wert, einer Frage, die gewiß in dem beginnenden Jahrhundert die kultivierte Welt beherrschen wird. Wohl wußte ich schon zu Anbeginn, als ich aus Veranlassung des Kampfes gegen die Tuberkulose die Sterblichkeitsverhältnisse in der Krankenpflege studierte und aus dem Studium derselben die Überzeugung gewann, daß zu den notwendigen Reformen in dieser Krankenpflege die Unterstützung der Regierungen gehöre, wohl wußte ich sogleich, daß man das Gebiet der Untersuchung wesentlich erweitern müsse. Man konnte nicht bei der Krankenpflege allein stehen bleiben, man mußte die Grundlage kennen lernen, welche die Regierungen für die Krankenfürsorge in ihren Reichen geschaffen, und man mußte vor allem auch das geographische Gebiet der Untersuchung erweitern, denn nur aus den Beobachtungen an einer großen Anzahl beteiligter Personen konnten richtige Schlüsse auf die Mortalität und Morbidität in der Krankenpflege gezogen werden. Aber es genügte nicht, allein diese Grundlage zu studieren, man mußte die Frage der Krankenpflege in modernen Staaten auch noch in Zusammenhang mit dem stärksten sozialen Problem des beginnenden Jahrhunderts erörtern, dem Problem der Kranken- und Invalidenversicherung.

Diese Frage beherrscht heute die gesamte zivilisierte Welt und es kann ja wohl auch nicht anders sein. Mit elementarer Gewalt sind in dem eben zu Ende gegangenen industriellen Jahrhundert die Erwerbsverhältnisse der

Bevölkerung verschoben worden, haben die Maschinen die Handarbeit verdrängt und eine Revolution ohnegleichen hervorgebracht. Die Kluft zwischen dem Armen und Reichen wird immer größer, geradeso wie der Arbeitgeber sich leider von dem Arbeitnehmer immer weiter entfernt, und ein Ausgleich ist daher dringend erforderlich. Als einen Anfang dieses Ausgleiches kann man vielleicht den seit Jahren stetig sinkenden Zinsfuß betrachten, der das Kapital weniger rentabel macht, und ein weiterer namhafter, die Versöhnung fördernder Schritt geschieht mit der Versorgung des Armen für sein Alter durch die Hilfe des Staates. Diese Frage kann in keinem Staate mehr von der Tagesordnung verschwinden und ihr Studium wird immer wichtiger und bedeutungsvoller.

So wendet sich der Strom der öffentlichen Meinung gegen die Regierungen und fordert die Lösung dieser Frage. Der Kampf mag hier länger, dort kürzer dauern. Der Gedanke bleibt doch siegreich in allen Ländern, die einen Anspruch auf den Namen eines Kulturstaates machen wollen. Die zu übernehmenden Lasten mögen noch so groß für einen Staat erscheinen, immer wird diesem Bedenken gegenüber auf die noch viel höheren Kosten der militärischen Anforderungen hingewiesen werden können. Es ist nur noch eine Frage der Zeit, und es werden überall, nach dem Vorgange Deutschlands jene sozialen Einrichtungen platzgreifen, welche dem Armen in den Zeiten der Not und des Alters die Sicherheit einer menschenwürdigen Existenz gewähren.

Die Forderung nach einer Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung mußte daher auch in diesen Blättern, welche sich mit der Aufgabe einer geordneten Krankenpflege im modernen Staate beschäftigen, an erster Stelle betont werden. Eine Pflege ist gar nicht möglich ohne die Einrichtungen, deren sie bedarf. Die stückweise ins Leben tretenden Früchte sozialer Arbeit, wie sie in einzelnen Ländern gewissermaßen als Abschlagszahlung geboten werden, können nicht von Nutzen sein; sie bringen nur Verwirrung hervor, wie wir es leider in Österreich bei der gut verwalteten Kranken- und Unfallversicherung ersehen, die durch die Pflege miteinander vielfach verwandter Gebiete oft eine Doppelversicherung herbeiführen und daher auch eine teuere Verwaltung bedingen. Nur mit Hilfe der Invalidenversicherung kann das Krankenversicherungsgesetz wirklich gedeihliche Resultate hervorbringen.

Seit der staatlichen Regelung des Gesundheitswesens stehen diese sozialpolitischen Gesetze in einem unmittelbaren innigen Zusammenhange und wir mußten daher ihr Inslebentreten auch hier fordern.

Denn diese Arbeit will mehr sein als alle die tausend Monographien über einzelne Kapitel der Krankenfürsorge und Krankenpflege, als all die Erörterungen technischer und finanzieller Details, deren Durchführung im Interesse der Kranken gelegen ist. Bei voller Anerkennung ihrer Verdienste muß gesagt werden, daß sich diese Schriften aus dem selbstgezogenen engen Kreise niemals emporgeschwungen haben zur Beantwortung der Frage, welche Aufgaben hat der moderne Staat in bezug auf die Krankenpflege zu erfüllen und was haben wir von demselben zu verlangen.

Diese Beantwortung ist dem Verfasser vorbehalten geblieben und deshalb darf er für seine Untersuchungen, angestellt am Ende eines so eminent industriösen Jahrhunderts, wie es das neunzehnte war, angestellt an der Schwelle einer neuen, von sozialen Strömungen ganz besonders lebhaft durchwogten Zeit, bei aller Bescheidenheit den Anspruch auf Beachtung erheben, auf Beachtung nicht nur in Österreich und Deutschland, sondern in allen Kulturstaaten, welche den innigen Zusammenhang anerkennen müssen, der zwischen geordneten sanitären Zuständen und geordneten sozialpolitischen Verhältnissen besteht.

Wenn der Staat in dieser letzteren Richtung seine Pflicht erfüllen will, wird er daran gehen müssen, die Grundlagen zu schaffen, auf welchen eine ausreichende und gute Krankenpflege sich entwickeln kann. Hierzu muß selbstverständlich in erster Linie die Herstellung der notwendigen öffentlichen Krankenhäuser gerechnet werden. Nur in umfassenden Heilanstalten ist es möglich, alles vorzusehen, was die Wissenschaft an zweckmäßigen Vorkehrungen und Einrichtungen verlangt, ist eine sparsame und energische Verwaltung möglich, kann für eine ausgiebige und geschulte Krankenwartung vorgesorgt werden. Jene unsinnige, in nichts mehr begründete, noch aus den Mißständen früherer Jahrhunderte stammende Abneigung der Bevölkerung vor den öffentlichen Krankenhäusern muß verschwinden. Daß sie verschwinden wird, dafür gibt es keinen besseren Beweis, als daß heute schon selbst die reichsten und angesehensten Personen sich nicht mehr, namentlich bei operativen Eingriffen, im Hause, sondern in Sanatorien behandeln lassen, weil nur die dort bestehenden Einrichtungen ihnen die Gewähr bieten, die ersehnte Heilung zu finden.

Im Kapitel I dieser Arbeit sind die Verhältnisziffern der Krankenhäuser in verschiedenen Staaten und Städten angegeben; sie schwankten vielfach, wenn auch fast überall eine Zunahme zu verzeichnen ist, eine Zunahme, die größer ist, als die Zunahme der Bevölkerung.

Alle neueren Untersuchungen haben ergeben, daß in den Großstädten mindestens auf 200 Bewohner, am flachen Lande auf 400 Bewohner ein Krankenbett zur Disposition stehen muß. Diese Ziffer ist gewiß nicht zu hoch, sondern eher zu niedrig gegriffen; ginge man nach den bei den österreichischen und einem großen Teile deutscher Krankenkassen gemachten Erfahrungen, so würden ganz andere Ziffern für das Bedürfnis von Betten in öffentlichen Krankenhäusern sich ergeben. Man rechnet auf ein Krankenkassenmitglied durchschnittlich 7 Krankentage, die, wenn sie in einer Krankenanstalt verbracht würden, eine ganz enorme, kaum erschwingbare Anzahl von Betten verlangen müßten. Freilich ist nicht jeder Krankentag ein Spitalstag, aber wer die große Zunahme der Bettenanzahl in Preußen und im Deutschen Reiche (siehe Kapitel I) mit anderen Staaten vergleicht, der erkennt erst die schon hervorgehobene Bedeutung des Zusammenhanges zwischen der Sozialgesetzgebung und der Krankenfürsorge.

Daß bei den Anforderungen, welche an den modernen Staat gestellt werden, seine Verwaltung die oberste und möglichst wenig eingeschränkte Leitung der Sanitätsangelegenheiten haben soll, ist wohl selbstverständlich,

wenn es auch im einzelnen nicht billig wäre, die Länder und Gemeinden ganz davon auszuschließen, da sie ja schon im Hinblick auf die Krankenfürsorge am flachen Lande große und wichtige Aufgaben zu erfüllen haben. Aber das Heft muß der Staat in der Hand behalten, den in erster Linie die Kosten und die Verantwortung treffen.

Darum muß die Behörde, welcher die Medizinalangelegenheiten des Staates anvertraut sind, eine viel selbständigere und weniger eingeschränkte Stellung erhalten, eine Selbständigkeit, welche auch die an der Spitze des Sanitätswesens in Österreich und Deutschland stehenden Persönlichkeiten gewiß schon heute verdienen würden.

„Das kostbarste Kapital des Staates ist der Mensch," so sagte einst einer der geistreichsten Fürsten. Dieses Kapital zu erhalten, ist der Aufgabe eines selbständig wirkenden Staatsmannes würdig.

Vor allem kommt es auf die Machtvollkommenheit und Selbständigkeit der für Medizinalangelegenheiten bestehenden Behörde an. Darauf muß unbedingt bestanden werden. Sie muß mit möglichst weitgehenden Befugnissen ausgestattet sein. Die Medizinalabteilung darf nicht, wie es so häufig geschieht, in einen Kampf zwischen Männern der Wissenschaft, des klinischen Unterrichtes und Vertretern ganz fernestehender Ämter oder gar der Politik verwickelt werden; er würde nur zu ungunsten der sanitären Staatsinteressen endigen.

Nur durch ein selbständiges Vorgehen werden auch die Ärzte ihre soziale Stellung und ihre materielle Lage heben können. Wir stehen nicht an, zuzugeben, daß die Lage der Ärzte fast überall überaus ungünstig ist. In einer Reihe von Staaten und leider auch in Österreich ist die soziale Stellung des Arztes nicht im Einklang mit seiner Bedeutung und treuen Pflichterfüllung. Anstatt daß wir ihm, der uns das Kostbarste, was wir besitzen: Gesundheit und Leben, erhält und pflegt, mit Hochschätzung begegnen, lassen wir zu, daß er täglich öffentlichen und privaten Anfeindungen ausgesetzt ist. Ist er nicht eine hervorragende Leuchte der Wissenschaft, ein Pfadfinder, ist er eben nur das, was ihn zum Freunde der Familie, zur Zierde und Stütze der Gemeinde macht, ein praktischer, gebildeter Hausarzt, so ist seine Entlohnung kärglich und seine soziale Stellung lange nicht jenem Vertrauen entsprechend, auf das er bei Staat und Bevölkerung mit Recht einen Anspruch hat. Es gibt unter den sogenannten liberalen Berufen keinen, der bei gleicher Verantwortung und gleicher Verdienstlichkeit sowenig Lohn für ein nahezu 10jähriges anstrengendes Studium bietet.

Mit der verbesserten sozialen und materiellen Stellung wird freilich auch in vielen Fällen eine noch strengere Einhaltung der vorgeschriebenen Pflicht einhergehen müssen. Der Arzt, wie der Krankenpfleger ist kein Lohnarbeiter wie der Schlosser und Tischler. Wer nicht ein Herz voll Milde und Barmherzigkeit in sich schlagen fühlt, der bleibe lieber weit weg vom ärztlichen Berufe.

Der Trost des Arztes, sein humanes Verhalten sind oft von größerem Werte als alle Therapie. Die Methode, dem Kranken die ungeschminkte

Wahrheit in grausamer Weise mitzuteilen, nur um „wahr" zu sein, wirkt ebenso abstoßend, wie wenn der klinische Professor am Bette des Kranken vor 100 Studierenden den baldigen letalen Ausgang der Krankheit beweist und darüber eine Diskussion einleitet. Der Arzt soll angemessen und gut honoriert sein, er soll aber auch ein warmes Herz für den Kranken haben, Tag und Nacht seinem Beruf folgen, und diesen Beruf nicht als ein Geschäft, sondern als eine mit den ernstesten Verpflichtungen verbundene Lebensaufgabe betrachten.

Wir haben schon erwähnt, daß der Staat selbst für den Bau öffentlicher Heilanstalten einzutreten habe. Es will ja damit nicht gesagt sein und würde auch über den Bereich seiner Mittel hinausgehen, daß ihm schon von vorneherein der Bau aller dieser Heilanstalten obliege, da ja eine Reihe von Stiftungen, eine Reihe von privatgesetzlichen Verpflichtungen auch andere Faktoren zur Beitragspflicht mahnen. Was wir aussprechen wollen, ist nur der Grundsatz, daß der Staat überall dort ergänzend eingreifen muß, wo die anderen Faktoren sich als durchaus unvermögend erweisen, dem gestellten Bedürfnisse abzuhelfen. Der Zustand ist nämlich nach unserer Ansicht für die Zukunft im modernen Staate ausgeschlossen, daß, wie es beispielsweise in Wien der Fall ist, ein Fonds für den Bau und die Erhaltung von Krankenanstalten besteht, der absolut unvermögend ist, das Spitalsbedürfnis der Hauptstadt zu befriedigen. Der Bau von Spitälern ist eine Staatsnotwendigkeit, geradeso wie die Erhaltung der Armee und die Besoldung der Beamten.

Um in Spitälern Kranke zu pflegen, bedarf es nicht nur der Gebäude und der Einrichtungen, sondern auch der Pflegepersonen. Sowie dafür gesorgt werden müßte, daß genügend Ärzte ausgebildet werden, um den Dienst zu versehen, so muß für geschulte und tüchtige Krankenpflegepersonen in ausreichender Weise gesorgt werden. Auch diese Frage kann künftighin nicht mehr dem Zufalle überlassen bleiben. Wie groß auch die Schwierigkeiten aller Art sein mögen, dem Übel muß gesteuert werden.

Seit Jahrhunderten üben mit der größten Aufopferung die konfessionellen und namentlich die katholischen Barmherzigen Schwestern diesen Samariterdienst aus, und nur Unverständnis und böser Wille kann in dem Kampfe der politischen Parteien ihnen dieses Verdienst streitig machen. Aber mit der wachsenden Zahl der Spitäler und dem geringen Zuzug, den unsere realistische Zeit diesen religiösen Genossenschaften gewährt, ist das Bedürfnis nach Krankenpflegepersonen leider größer, als daß die vorhandenen Kräfte ihm zu entsprechen vermöchten. In Deutschland ist durch die Vereinigungen des Roten Kreuzes, der Diakonie und einer Reihe anderer organisierter Krankenpflegegesellschaften eine Vermehrung dieser Kräfte zustande gekommen.

In vielen anderen Staaten aber, und namentlich in Österreich, ist es nicht der Fall, und es muß daher Vorsorge getroffen werden, neue Kräfte zur Unterstützung der vortrefflich wirkenden religiösen Genossenschaften herbeizuziehen. Das kann jedenfalls nur mit der Unterstützung

der Staatsverwaltung geschehen, denn nur sie ist in der Lage, solche neue Organisationen, namentlich eine neue Friedenstätigkeit des Roten Kreuzes ins Leben zu rufen, und außerdem die heutige gesamte weltliche, sogenannte wilde Krankenpflege zu geordneten Verbänden zusammenzufassen. Es wird eine ernste und wichtige Aufgabe sein, für die Ausbildung aller dieser Pflegepersonen, welche heute zum größten Teile mangelhaft oder gar nicht ausgebildet sind, zu sorgen und durch eine staatliche Abschlußprüfung die Befähigung zum Krankenpflegedienst festzustellen. Dieses Bestreben, welches auch eine vollkommen neue und gesicherte Berufsstellung für die Frau eröffnet und deswegen auch zugleich einem lebhaften sozialen Bedürfnisse entspricht, würde aber vergeblich sein, wenn den betreffenden Personen nicht die Sicherheit geboten werden könnte, im Falle eines Unglückes oder bei eingetretenem Alter in bescheidener Weise versorgt zu sein. Diese Versicherungsfrage, die an und für sich schon sehr schwierig ist, hängt aber zusammen mit der genauen Kenntnis der Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse im Krankenpflegedienst selbst. Über diese Verhältnisse waren nur ungenügende, teilweise schon veraltete Mitteilungen vorhanden, und es war daher eine Hauptaufgabe dieser Arbeit, auch nach dieser Richtung hin Klarheit zu schaffen.

Inwieweit uns dies durch die Mitteilungen im II. Kapitel gelungen ist, das zu beurteilen müssen wir natürlich dem Leser selbst überlassen. Die Aufgabe war außerordentlich schwierig, schwierig durch die oft absichtliche Verschleierung der Wahrheit, schwierig durch eine mangelhafte Berufs- und Mortalitätsstatistik, in den meisten Staaten auch schwierig durch allerlei Hemmnisse sachlicher und persönlicher Natur. Dennoch dürfen wir hoffen, mit unserer Untersuchung auf diesem Gebiete einen nützlichen Beitrag geliefert zu haben. Soviel steht fest, daß bei den großen Fortschritten der Prophylaxe und der Antiseptik der Beruf des Arztes und auch der Beruf des Krankenpflegers keineswegs gefährlicher ist als ein anderer Beruf. Die traurigen Resultate, welche namentlich bei einzelnen religiösen Genossenschaften in bezug auf die Mortalität durch Tuberkulose schon vor 15 Jahren konstatiert wurden, mußten leider auch jetzt noch von mir bestätigt werden, sie hängen aber nicht mit der Krankenpflege, sondern mit ganz anderen Momenten zusammen, die schon im Kapitel II ausführlich behandelt wurden. Sicher ist dagegen, daß überall dort, wo in der Krankenpflege die Mortalitätsziffer besonders erschreckend ist, sie ihre Ursache in vorgekommenen Unvorsichtigkeiten findet, und ich habe mich nicht gescheut, diese Tatsache durch eine Reihe von Beispielen, zu denen ich sogar die jüngsten Pestinfektionen in Europa zähle, zu beweisen und auf das ausführlichste zu besprechen.

Im Zusammenhang mit dieser Frage schien es von der höchsten Wichtigkeit, namentlich auch eine Untersuchung darüber einzuleiten, wie es um den Gesundheitszustand der Krankenpfleger in den Spezialkrankenhäusern (Lungenheilstätten) stehe und welchen Einfluß die Gründung solcher Heilstätten auf die einheimische Bevölkerung hatte. Geradeso mußte auch untersucht werden, wie groß dieser Einfluß in den offenen Kurorten

ist, wo jahraus, jahrein Lungenkranke behandelt werden. Die Ergebnisse, die ich in dieser Arbeit veröffentlichen konnte und die meines Wissens nach in diesem Umfange überhaupt noch nie veröffentlicht wurden, sind geradezu glänzend. Sie beweisen, daß die Krankenpflegepersonen, welche nur mit Lungenkranken zu tun haben, fast durchwegs gesund bleiben, und daß die einheimische Bevölkerung eines großen Teiles jener Kurorte heute viel besser daran ist und eine viel günstigere Mortalität aufweist, als zu jener Zeit, wo die betreffenden Orte keine Sanatorien besaßen und keine Lungenkranken sie zur Heilung aufsuchten. Auch hier fällt dem Staate eine erziehliche Aufgabe allerersten Ranges zu, denn er wird die unsinnige, ganz unberechtigte Furcht vor der Gründung solcher Heilstätten beseitigen, ihre Anlage fördern und die Bevölkerung belehren, daß sie dem Lungenkranken nicht mit Furcht, Angst und Mißtrauen, sondern mit einem warmen Herzen entgegenkomme.

Als das letzte, aber vielleicht nicht als das unwichtigste Ergebnis dieser Studien hat sich der dringende Wunsch eingestellt, daß durch internationale Vereinbarungen eine möglichst einheitliche Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik geschaffen werde, eine Statistik, welche geeignet sei, über den Zusammenhang der Erkrankung und des Todes mit dem Berufe des Menschen Aufklärung zu geben, den Vergleich der Ergebnisse innerhalb der verschiedenen Staaten zu erleichtern und der medizinischen Wissenschaft sowie der Soziologie wichtige und neue Behelfe zu liefern.

Die Statistik, sagt Otto Hausner in seiner vortrefflichen Denkschrift über die Geschichte des menschlichen Elends, mag oft als nicht genau, oft als die pessimistischste aller Wissenschaften verurteilt werden, aber unentwegt legt sie den Finger auf die Wunden und streckt den Arm aus, wo Rat und Abhilfe zu finden ist. Sie ist der Meilenzeiger des Fortschrittes und der Pfadfinder in dem Kampfe ums Dasein.

Im Kampfe um dieses Dasein erfordert die Gegenwart vor allem ein gesundes Menschengeschlecht.

Im Schatten der medizinisch noch viel zu wenig durchleuchteten sozialen Erscheinungen taucht mit erschreckenden Zeichen ein neues Krankheitsgespenst auf, ein echtes Kind der Zeit, welches wir kurzweg Nervosität nennen möchten, und über das unsere Ärzte kaum so rasch Herr werden dürften, wie es ihnen bei der Typhus- und Blatternepidemie gelang.

Das Gift, das uns die Luft auf ihren Schwingen zuführt, das uns im funkelnden Wassertropfen bedroht, das ehedem ein ständiger Begleiter aller Kriegs- und Raubzüge war, hat heute seine Schrecken für uns verloren; aber gegen jenes andere Gift, das mit der Hast des Lebens, mit dem Kampf um das tägliche Brot, mit dem ruhelosen Streben nach Fortschritt und Erkenntnis täglich in uns mächtiger wird, uns an Mark und Nerven zehrt, gegen dieses Gift sind wir fast noch wehrlos.

Dieser Krankheitserscheinung unserer Zeit soll ein gesunder und widerstandsfähiger Körper entgegengestellt werden, denn es bleibt eben wahr, was Professor Krafft-Ebing und Professor Wilhelm Erb so richtig behaupteten, daß die Hast des Verkehres und die sprunghafte Entwicklung

desselben in den letzten 50 Jahren ihre Opfer fordern. Professor Erb vermißte schon 1894 statistische Nachweise über diese so betrübende Tageserscheinung, und es schien ihm wie anderen Gelehrten, daß selbst für eine andere Gruppe der Nervenkrankheiten, die statistisch doch viel leichter zu erfassen sind, die Psychosen, die Nachweise noch viel zuwenig erschöpfend seien. Auch hier fehlen die gründlichen Daten über die Berufsstellung der Erkrankten und viele Momente, die entscheidend sind für die ursächliche Erkrankung und den darauffolgenden Tod. Auf allen Seiten erheben sich neue Irrenhäuser, und ihre ragenden Mauern verkünden der Welt die stetige Vermehrung des Irrsinns. Denkt niemand daran, daß es an der Zeit wäre, zu untersuchen, auf welche Weise diese Krankheiten entstehen, daß dieselben gewiß in vielen Fällen reine Berufskrankheiten sind, und wie man versuchen könnte, sie zu mildern? Die großen Pfadfinder, die gottbegnadeten Gelehrten, wie ein Lister, ein Jenner, ein Behring, ein Skoda, erscheinen ungerufen, wir haben leider keine Macht, sie herzuzaubern, um durch positive Mittel solche Krankheiten zu beseitigen. Wir können nur eben leisten, was wir zu leisten imstande sind. Wir können uns zu ehrlicher Arbeit zusammenfinden und zunächst zu ergründen trachten, welche Umstände die Krankheiten hervorrufen, wie sie um sich greifen, inwieweit die Beschäftigung, die Vererbung, die sozialen Verhältnisse darauf einen Einfluß nehmen. Gewiß wird es uns, wie bei so vielen Seuchen, gelingen, auch bei anderen Erkrankungen eine gewisse Prophylaxe zu finden, namentlich aber wenn diese Krankheiten mit dem Berufe zusammenhängen.

„Das liegt in den Grenzen der Möglichkeit!" Mit diesen Worten Professor Leydens möchte ich, wie ich mit seinen Worten diese Arbeit begonnen, sie auch schließen. Diese Worte sprach er, als er am 18. Februar 1900 im Saale des preußischen Kultusministeriums die erste Sitzung der Gesellschaft für Carcinomforschung eröffnete und die ganze Trostlosigkeit der Situation bei gänzlichem Fehlen positiver Heilmittel der stetig wachsenden Verbreitung des Carcinoms gegenüber konstatiert hatte. „Das liegt in den Grenzen der Möglichkeit," sagen auch wir. Wir wollen bescheiden sein in unseren Erwartungen, aber die Hoffnung hegen, daß die Erkenntnis eines Übels auch der erste Schritt zu seiner Heilung ist.

Wir gelangen nunmehr zu folgendem

Resumé der Gesamt-Ergebnisse.

I. Dem Staate obliegt die Verpflichtung, im Vereine mit den beteiligten Faktoren Einrichtungen für eine allgemeine Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung jener Staatsangehörigen zu schaffen, welche nicht imstande sind, hierfür aus eigenen Kräften zu sorgen.

II. Im engsten Zusammenhang damit obliegt den Kulturstaaten die weitere Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, daß

1. soviel öffentliche Heilanstalten im Bereiche des Staates geschaffen werden, daß für Orte mit einer geschlossenen Wohnbevölkerung von mindestens 10.000 Einwohnern je ein Krankenbett auf 200 Einwohner, und für das flache Land je ein Krankenbett für 400 Einwohner zur Verfügung stehe;

2. für ländliche Distrikte, welche bezüglich der Benutzung einer öffentlichen Heilanstalt geographisch besonders ungünstig liegen, mit Hilfe der beteiligten Gemeinden eine geeignete Distrikts- und Gemeindeprivatpflege organisiert werde;

3. daß dort, wo die Krankenfürsorge nicht durch die Hilfe der Gemeinde, des Landes, der bestehenden Stiftungen und der Privatwohltätigkeit herbeigeführt werden *kann, der Staat mit seinen Mitteln helfend und ergänzend einzutreten habe.*

III. Die oberste Aufsicht über die Gesundheitsverhältnisse obliegt der Verwaltung des Staates. Diese Aufsicht ist tunlichst zu konzentrieren und die Verwaltung der gesamten Sanitätsverhältnisse in einem eigenen Ministerium oder mindestens in einer mit möglichster Selbständigkeit ausgestatteten Medizinalabteilung eines Ministeriums auszuüben. Gleichzeitig mit einer besseren Ausgestaltung der ärztlichen Vertretungskörper (Ärztekammern) soll einerseits für die unbedingt notwendige Hebung der sozialen Stellung und der materiellen Lage der Ärzte gesorgt werden, anderseits aber sollen auch die ärztlichen Berufspersonen zu gewissenhaftester, in humanem Geiste zu leistender Pflichterfüllung durch die nötigen Vorkehrungen und Maßnahmen angehalten werden.

IV. In bezug auf die eigentlichen Krankenpflegepersonen empfehlen sich die folgenden Grundsätze:

1. Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, daß genügend Pflegekräfte in *erster* Linie für die öffentlichen Heilanstalten, in *zweiter* Linie für die Distrikts- und Privatpflege vorhanden seien. Um dem jetzt bestehenden Mangel abzuhelfen, sind mit den bestehenden, bereits seit längerer Zeit segensreich wirkenden konfessionellen Genossenschaften, sowie mit den bestehenden interkonfessionellen Pflegegesellschaften (Rotes Kreuz etc.) Vereinbarungen zu

treffen, welche den Mangel an Pflegepersonal beheben. Die gesamten bisher nicht organisierten weltlichen Krankenpflegepersonen männlichen und weiblichen Geschlechtes sind zu *Verbänden* zu vereinigen, welche vom Staate in Evidenz gehalten werden.

2. Alle Krankenpflegepersonen haben sich einer gründlichen praktischen und theoretischen Ausbildung zu unterziehen, für die ein besonderes Reglement zu erlassen ist, und hierauf eine *staatliche* Abschlußprüfung zu absolvieren, welche sich sowohl auf die allgemeine Ausbildung als auf die Spezialpflege bestimmter Krankheiten zu erstrecken hat, und deren Endergebnis dem Prüfungskandidaten *größere* oder *geringere* Befugnisse einräumt.

3. Der Staat wird nach Tunlichkeit bemüht sein, Einrichtungen zu treffen, welche den Krankenpflegepersonen im Falle eintretender *Krankheit* oder *Invalidität* Hilfe und Versorgung zuteil werden lassen.

V. In bezug auf die hier in Frage kommenden Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse hat die eingehende Untersuchung dieser Arbeit folgende Resultate für die mit der Krankenpflege beschäftigten Personen ergeben:

1. Der ärztliche Beruf ist, dank der bestehenden Fortschritte der Wissenschaften und der Prophylaxe, in bezug auf Infektion (namentlich in bezug auf die gefürchtetste und verbreitetste Krankheit, die Tuberkulose) günstiger gestellt *als fast alle übrigen Lebensberufe.* Doch wird der Ärztestand infolge der mit ihm verbundenen Aufregungen und auch durch die teilweise mißlichen materiellen Verhältnisse in erster Linie von den Erkrankungen des *Herzens* und der *Nerven* betroffen.

2. Die eigentlichen Krankenpflegepersonen männlichen und weiblichen Geschlechtes sind in Morbidität und Mortalität zwar weniger günstig als die Ärzte gestellt, doch sind sie in bezug auf die Infektion und namentlich der Tuberkulose nicht größerer Gefahr ausgesetzt als die gesamte Bevölkerung in der gleichen Altersepoche. Die ungünstigen Ausnahmen, welche bei den konfessionellen Genossenschaften, namentlich bei den Barmherzigen Schwestern römisch-katholischen Bekenntnisses stattfinden, sind auf Gründe zurückzuführen, die nicht in der Ansteckung am Krankenbette beruhen, und die in dem betreffenden Kapitel dieses Buches eingehend erörtert wurden.

VI. Die Errichtung von Spezialkrankenhäusern und Heilstätten, namentlich soweit sie der Bekämpfung der Tuberkulose gewidmet sind, ist nach aller Tunlichkeit zu fördern, und die betreffenden daran beteiligten Gemeinden sind über die folgenden, durch die hier vorgenommenen statistischen Untersuchungen zutage getretenen Ergebnisse amtlich zu belehren:

1. Eine Ansteckung der Pflegepersonen in Lungenheilstätten war in allen beobachteten Fällen *ausgeschlossen.*

2. Die umfassende Untersuchung über den Einfluß Lungenkranker, welche in offenen Kurorten Österreichs, Deutschlands, der Schweiz und der Riviera alljährlich behandelt werden, und zwar sowohl auf die Krankenpflegepersonen als auf die einheimische Bevölkerung, ergab, daß dieser Einfluß nicht nur kein ungünstiger war, sondern, daß infolge der *verschärften Prophylaxe* und besseren sanitären Einrichtungen die einheimische Bevölkerung *weniger* an der Tuberkulose zu leiden hatte als *vor* der Gründung der betreffenden Kurorte und Sanatorien in den betreffenden Orten.

VII. Die Kulturstaaten sollen zusammentreten, um einheitliche Vereinbarungen für eine vollkommenere und sicherere Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik zu treffen, welche geeignet ist, über den Zusammenhang der Erkrankung und des Todes mit dem Berufe Aufklärung zu geben, den Vergleich der Ergebnisse innerhalb der verschiedenen Staaten zu erleichtern und der Medizin sowie der Sozialwissenschaft wichtige und neue Behelfe zu liefern.

Literatur.

Soziale Verwaltung in Österreich am Ende des 19. Jahrhunderts. Leipzig und Wien 1900. Mit Aufsätzen von Dr. v. Kusy, Dr. J. Daimer und Dr. Illing.

Die Lehre von der Mortalität und Morbilität. Von Harald Westergaard. 2. Auflage. 1901.

Dr. Ernst v. Ofenheim in London. 1903.

Dr. Dietrich, Berlin.

Hofrat Dr. Ritter v. Schrötter, Wien.

Dr. med. Weinberg, Stuttgart.

Rektor Birnd, Arenberg.

Dr. Arthur Geißler, Leipzig.

Dr. Paul Jacobsohn, Berlin.

Die Assanierung von Wien. 1902.

Österreichisches Statistisches Handbuch. 1901.

Das menschliche Elend. Von Otto Hausner. Wien 1879.

Niederösterreichischer Landessanitätsbericht 1898, 1900. Wien.

Report on Bubonic Plague. By Khan Bahadur N. H. Choksy. Bombay 1897.

Report on Bubonic Plague. By P. C. H. Snow. Bombay 1897.

Die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897. Bakteriologische Untersuchungen über den Pestbazillus. Von Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon.

Die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897. Klinische Untersuchungen von Dr. H. F. Müller.

Nekrolog Dr. Müllers. Von Dr. R. Freiherr v. Seiller, Primarius.

Bericht über die Pestepidemie. Tokio 1900.

Statistische Publikationen. Von Dr. Josef v. Körösy. Budapest.

Deutsche Krankenpflegezeitung. Herausgegeben von Dr. P. Jacobsohn. Berlin.

Verhandlungen des Komitees für Krebsforschung. Berlin 1902.

Die Bedeutung der Erblichkeit der Tuberkulose im Vergleiche zu ihrer Verbreitung durch das Sputum. Von Dr. A. Haupt. Berlin 1890.

Barmherzige Schwestern vom heil. Karl Borromäus. 1852 bis 1900. Bilder aus der Geschichte der katholischen Charitas. Von Dr. Hohn. Trier 1900.

Die Verbreitung des Puerperalfiebers in Österreich im letzten Jahrzehnt. Dr. Hahn. 1903.

Arbeiten aus der ersten medizinischen Klinik zu Berlin. Von Dr. E. v. Leyden.

Die Sterblichkeit nach Todesursachen. Von Dr. Gollmer und Karup. Jena 1890.

Die Ansteckungsgefahr bei der Krankenpflege und ihre Vermeidung. Von Dr. Th. Rumpel. Cassel 1897.

Zur Frage der Prophylaxis der Tuberkulose. Von Dr. E. Rochelt. Meran.

Zur Frage der Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankung der Mutter. Von Dr. Hahn. 1894.

Korrespondenz-Blatt für den katholischen Klerus Österreichs.

Der barmherzige Samaritan. Herausgegeben von Hochwürden Robert Perkmann.

Die Ärzte und das Gesundheitswesen. Von Dr. A. Marian.

Über die wachsende Nervosität unserer Zeit. Von Professor Dr Erb. 3. Auflage. Heidelberg 1894.
Über einige der nächsten Aufgaben der Tuberkuloseforschung. Von Professor Dr. Cornet.
Wie schützt man sich gegen die Schwindsucht? Von Dr. G. Cornet. Hamburg 1890.
Die Prophylaxis der Tuberkulose und ihre Resultate. Von Dr. G. Cornet.
Die Tuberkulose in der Armee und Bevölkerung Österreich-Ungarns. Von Dr. L. Wick, Regimentsarzt. Wien 1891.
Internationale Tuberkulosenkonferenz. Berlin 1902.
Der Stand der Tuberkulosenbekämpfung im Frühjahr 1903 und 1904 Berlin.
Bericht des Wiener Stadtphysikates. Wien 1897 bis 1899.

K. u. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.